

610.5  
A508  
P3

OCT 6 1950

# ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo  
**SANATORIO SÃO LUCAS**  
Instituição para o progresso da Cirurgia

*Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

VOL. LX

São Paulo, Agosto de 1950

N.º 2

## Sumário:

	Pág.
<b>La sonda intratecal permanente — Dr ROBERTO GAMBOA ACOSTA</b>	87
<b>O espo macho ("bufo") como teste de gravidez — Dr. PLINIO ALVES DE MORAES</b>	95
<b>A tunelização no tratamento da varicocele — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO</b>	105
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
<b>Associação Paulista de Medicina:</b>	
Higiene e Medicina Tropical .....	111
Neuro-psiquiatria .....	113
Cirurgia .....	116
Dermatologia e Sifilografia .....	121
Pediatria .....	128
Patologia .....	130
Oto-rino-laringologia .....	132
Radiologia e Eletricidade Médica .....	133
Ginecologia e Obstetricia .....	136
Urologia .....	140
Secção de Barretos .....	140
Sociedade de Medicina de Campinas .....	141
<b>Sociedades Médicas São Lucas:</b>	
Santa Casa de Misericordia .....	142
Instituto Latino Americano de Radon .....	145
Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho .....	146
Outras sociedades .....	146
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números .....	150
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Colégio Internacional de Cirurgiões .....	152
Cruz Vermelha de São Paulo .....	161
Sociedade de Oftalmologia de São Paulo .....	162
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo .....	162
Necrológio: Vital Brazil e Paulo Marrey .....	163
<b>Congressos Médicos:</b>	
VIII Congresso Brasileiro de Higiene .....	165
VI Jornadas Brasileiras de Oftalmologia .....	165
Congresso da Sociedade Internacional de Angiologia .....	166
II Congresso Europeu de Gastroenterologia .....	166
<b>Assuntos de Atualidade:</b>	
Penicilina — resistência .....	166
<b>Literatura Médica:</b>	
Apreciações .....	167
Separata e folhetos recebidos .....	168



"Torres.."

**CORTOBION**  
AMPOLAS OU GOTAS  
Suprarrenal + Vita-  
mina C + Cisteíno

**CORTOBION QUININA**  
AMPOLAS OU DRAGEAS  
Suprarrenal + Vita-  
mina C + Cisteíno  
+ Quinina

*embramos*

# VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

\*\*\*

**Anti-Reumatico – Analgésico**

\*\*\*

**Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido**

\*\*\*

**EFEITO MAIS RAPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DÔR.**

\*\*\*

*Fórmula :*

Salicilato de Sódio . . . . .	0,50
Piramido . . . . .	0,10
Vitamina K . . . . .	0,001
Bicarb. de Sódio . . . . .	0,03

\*\*\*

**LABORATÓRIO PHARMA**

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS PARA ANUNCIOS

	C R \$
2.ª pagina da capa (12 x 19 cm.) por vez . . . . .	800,00
3.ª pagina da capa (12 x 19 cm.) por vez . . . . .	700,00
4.ª pagina da capa (12 x 19 cm.) por vez . . . . .	1.000,00
<b>TEXTO :</b>	
1 pagina (12 x 19 cm.) por vez . . . . .	800,00
½ pagina (9 x 12 cm.) por vez . . . . .	420,00
¼ pagina (9 x 5,5 cm.) por vez . . . . .	220,00
Encarte por vez . . . . .	800,00
Pagina fixa . . . . .	20% de aumento.

**Princípio anti-toxico do fígado  
(Fracção hidrosolúvel)**

**ACROSIL**

ANTI - TOXICO  
ANTI - NECROTICO  
ANTI - INFECTOSO

LABORATÓRIO CLIMAX LTD.

Rua Joaquim Távora, 519 - São Paulo

• Solução concentrada de glicofosfatos "cerebrais" de sódio, de potássio e de magnésio.  
• Leva as matérias minerais específicas indispensáveis à reconstrução e ao funcionamento da célula nervosa  
NÃO CONTEM ESTRICNINA  
NEM ARSENICO  
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-  
VALESCÊNCIA. NEURASTENIA.

**Nevrosthenine  
Freyssinge**

Gotas

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

# COMPLETAM-SE NA SUA FINALIDADE TERAPÉUTICA...

## BELASEDIN



## CALCIBIONA



Agente equilibroterápico das reações anfotônicas, neurosedativo não depresor, neurotônico não excitante - de ação eletiva nas perturbações tímicas.

**POSOLOGIA** — **Adultos:** 1 comprimido da manhã, 1 ao meio-dia e 1 ao deitar-se; **Crianças:** ½ comprimido, nas mesmas condições.

Complexo estimulogenético - de ação direta nas discrasias nervosas e em todos os distúrbios carenciais do metabolismo neurotrófico.

**POSOLOGIA** — **Adultos:** 1 colher das de sobre-mesa, de preferência em 1 copo de leite frio, de manhã, de tarde e de noite; **Crianças:** 1 colher das de café, nas mesmas condições.



# Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

Medico radiologista

## Radiodiagnóstico e Radioterapia

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar      Telefone, 4-0655

(EDIFÍCIO PASTEUR)

Residencia:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS  
INTESTINAL PELO DERIVADO  
FTÁLICO DA SULFA

## ANASEPTIL = FTALIL

(*Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1*)

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÉUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

**PODEROSO ANTISÉPTICO  
URINARIO E BILIAR**

# URASEPTINE ROGIER



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE,  
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Filial: rua Marquês de Itu, 202 — São Paulo



# SOROS PINHEIROS

*Anti Tetânicos · Anti Diftéricos · Anti Ofídicos*



ANAIS PAULISTAS  
DE  
MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Número avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LX

AGOSTO DE 1950

N.º 2

**La sonda intratecal permanente \***

**(Tecnica, complicaciones, resultados)**

**Dr. Roberto Gamboa Acosta**

*jefe del Servicio de Neurologia del Hospital General de México, D. F.*

La terapéutica por vía intratecal ha tenido como escollo principal la dificultad para introducir substancias — substancias medicamentosas en el canal raquídeo, ya que esto requería la práctica de punciones repetidas que no eran aceptadas por los enfermos. El método usado por nosotros subsana por completo este inconveniente puesto que no exige sino una sola punción que se hace además, con anestesia local.

Se ha objetado que la introducción de productos medicamentosos en espacios sub-aracnoideos es capaz de producir lesiones medulares graves. Esto, que puede ser cierto para determinadas substancias, no lo es para todas. Así en nuestra práctica no hemos encontrado trastornos, no digamos graves, pero ni siquiera moderados, que puedan ser atribuidos a la terapéutica misma. Ciento es que nos hemos limitado al uso de penicilina, estreptomicina y vitamina B-1 y no hemos utilizado otras substancias que posiblemente sean agresivas para las meninges o para el tejido nervioso.

Hay en la literatura que hemos revisado opiniones contrarias al uso de la penicilina intra-raquídea. Se fundan principalmente en los dos hechos que acabamos de mencionar, a saber: las dificultades para la punción cotidiana durante muchos días y el peligro de lesiones medulares.

\* Trabalho de intercâmbio cultural promovido pelos diretores do Hospital General do México e do Sanatório São Lucas de São Paulo.

Con nuestro procedimiento se evita el primer inconveniente. En cuanto al segundo, atribuyo el hecho de que se ha yan producido lesiones medulares, principalmente al tipo de penicilina usada, la amorfa, y a que ha sido introducida disuelta en gran cantidad de agua. En efecto en uno de nuestros pacientes en que la canalización de la sonda era lenta, diluimos la cantidad de penicilina usada en 5 c. c. más de agua destilada. Al empezar a introducir la solución se presentaron dolores tan intensos que nos vimos obligados a suspender la inyección. Esto nunca se observa diluyendo la penicilina en el mismo líquido céfalo-raquídeo. Ni que decir que la penicilina usada en todos nuestros casos ha sido la cristalizada.

También hay autores que habiendo usado la penicilina intra-raqüidea la han encontrado bien tolerada. Así A. Posada en el Boletín Clínico de julio de 1947 expone algunos casos de neurosífilis tratados con penicilina intra-raqüidea. En todos los casos el tratamiento fué bien tolerado y solamente en uno se presentó fiebre y malestar general.

Weickhardt trata cinco pacientes paralíticos generales con penicilina intra-raqüidea. El tratamiento dura 10 días y alcanza dosis hasta de ciento veinticinco mil unidades. En ninguno de los pacientes observó reacciones serias atribuibles a la inyección intratecal de penicilina. Algunas repuestas febresas siguieron a la aplicación de la primera dosis (probable reacción de Herxheimer). Uno de sus pacientes murió en el curso del tratamiento y la necropsia no reveló alteraciones macro ni microscópicas en el cerebro e en la médula atribuibles a esta forma de medicaciones.

#### TECNICA

La técnica para la colocación de la sonda intratecal ha sido descrita por nosotros en una comunicación ante la Sociedad Médica del Hospital General. Es la misma usada por Tuohy en los E. U. y por Fonseca y Putiansky en México para la raquídea fraccionada. Consiste en lo siguiente: Se practica anestesia local a la altura del espacio intervertebral escogido (3-4 o 4-5 L.) Se introduce después la aguja especial de raquídea con punta de Huber que sirve para imprimir dirección a la sonda. A través de dicha aguja se introduce una sonda ureteral núm. 4 y se saca el conductor, quedando así ya colocada la sonda.

En general no se tropieza con dificultades, pero en ocasiones al penetrar la sonda en el canal raquídeo tropieza con una raíz y esto provoca una sensación dolorosa que se evita variando la dirección de la sonda con un pequeño movimiento de rotación del conductor.

Una vez extraída la aguja, se fija la sonda convenientemente por medio de telas adhesivas para evitar que se mueva y se vé desde luego que el líquido céfalo-raquídeo fluye espontáneamente.



Alessandri

# ABSTENIL

(COMPRIMIDOS)

## *Fórmula:*

Di-sulfeto de bis (di-etyl-tiocarbaminila) ..	0,40 g
Vitamina B <sub>1</sub> (clor. de tiamina) .....	0,01 g
Nicotinamida .....	0,02 g
Excipiente — q. s. p. .....	0,54 g

## *Indicações:*

No combate ao etilismo crônico

### ATENÇÃO SRS. CLÍNICOS:

Todo tratamento deve ser precedido de um minucioso exame clínico afim de se afastar a coexistência de uma afecção cardíaca. O ABSTENIL não deve também ser usado em indivíduos intensamente desnutridos e em mau estado geral.



**PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.**

Rua Jandira 20-30 — São Paulo — Brasil

Por supuesto que todas estas maniobras deben ser ejecutadas dentro de las más estrictas condiciones de aspasia.

Hasta ahora el método de la sonda intratecal había sido utilizado exclusivamente para anestesia raquídea, permaneciendo la sonda colocada únicamente durante el acto quirúrgico. Nosotros creemos haber sido los primeiros en utilizarla para la introducción de substancias medicamentosas, dejando la sonda en su lugar durante muchos días, por lo que le hemos dado al procedimiento el nombre de Sonda Intratecal Permanente.

Ya colocada la sonda y bien fijada en su sitio se puede obtener líquido para exámenes e introducir substancias medicamentosas cada vez que se quiera sin molestias para el paciente, introduciendo en el extremo de la sonda una aguja y conectando una jeringa común. Al terminar la maniobra de toma de líquido o de inyección, e obstruye el extremo de la sonda con una simple aguja de coser o con un alfiler, para evitar la pérdida de líquido que como ya dije fluye espontáneamente.

Utilizamos este procedimiento por primera vez en diciembre de 1948. La primera vez dejamos la sonda 6 días por temor a que quedara fistula. Después aumentamos a 8 días y en la actualidad la dejamos de 10 a 15 días. En ningún caso hemos observado escurrimiento posterior de líquido ya que el orificio cutáneo cierra sin dificultad.

No es indispensable tener a los enfermos encamados; el procedimiento es ambulatorio; los enfermos pueden levantar-se y caminar perfectamente, dentro por supuesto de las condiciones de su padecimiento.

Para facilitar la difusión del medicamento acostumbramos tener a los enfermos acostados durante una hora. Sin embargo hemos podido observar que dicha difusión se hace en ocasiones instantáneamente. En uno de nuestros casos el enfermo a quien se inyectaba vitamina B percibía el olor peculiar a ésta substancias antes de terminar de inyectarla, olor que ya le era conocido pues se le había inyectado antes por vía endovenosa.

Acostumbramos disolver las substancias que utilizamos en agua destilada a alta concentración y las diluimos en líquido céfalo-raquídeo antes de introducirlas, aspirándolo en la jeringa previamente cargada con el medicamento. En esta forma el enfermo no tiene molestia. En varias ocasiones los pacientes dicen percibir una sensación de frío local, no intensa ni dolorosa.

En dos casos (naturalmente no incluidos en la estadística) la colocación de la sonda a pesar de ser correcta, no dió lugar a salida alguna de líquido. Atribuyo éste hecho a la existencia de adherencias aracnoideas y bloqueo correspondiente.

En tres casos el líquido dejó de fluir y no pudo obtenerse ni aspirando con la jeringa. En dos de ellos se encontró al quitar la sonda un pequeño tapón de aspecto fibrinoso que obstruía

la luz del catéter. En el otro la sonda se había salido del espacio subaracnoideo por estar mal fijada.

En solamente tres casos hemos observado reacción febril, no mayor de 38°, en los primeros días.

Nuestra estadística comprende 26 casos, clasificados como sigue:

- 8 casos de parálisis general.
- 9 casos de tabes dorsal.
- 5 casos de sifilis meningo-vascular.
- 2 casos de tuberculosis meníngea.
- 2 casos de alcoholismo crónico.

La secuela seguida en nuestro estudio fué la siguiente:

1 — Obtención de L. C. R. y exámen citológico, químico y serológico.

2 — Colocación de la sonda e inyección del medicamento.

3 — A las 24 hrs. obtención de un c. c. de líquido para dosificación de substancias medicamentosas.

4 — Nuevas inyecciones de medicamento.

5 — Siete y diez días después de la última inyección y ya quitada la sonda, nuevo exámen completo de L. C. R.

En algunos casos al mismo tiempo que la extracción de líquido por la sonda para dosificación de penicilina, se practicó punción cisternal y se obtuvo líquido. También para dosificación de penicilina, con objeto de controlar la difusión del medicamento.

Las dosificaciones practicadas por el laboratorio dieron los resultados siguientes:

A las 24 hrs. de inyectada la penicilina intratecal en dosis de 25,000 U., se encontraron 1.98 unidades por c. c. En el líquido cisternal no se encontraron cantidades apreciables de penicilina.

Con dosis de 50,000 unidades, las cantidades llegaron hasta 3.96 unidades por c. c. en el líquido lumbar y 124 en el cisternal.

Con dosis de 100,000 unidades se encontraron en el líquido lumbar 7.93 unidades por c. c. y en el cisternal .496 unidades.

En un lote de enfermos se usó como control la inyección intramuscular de penicilina a razón de 50,000 U., cada tres hrs. hasta tres millones, después de lo cual no se pudo demostrar la existencia de penicilina en el líquido raquídeo.

En otro grupo se inyectaron 25,000 unidades de penicilina por vía cisternal. A las 24 hrs. no había huellas de penicilina en el líquido lumbar.

Las cifras obtenidas constituyen una media de todas las observaciones. Todos los estudios de Laboratorios fueron prácticos por el Dr. Rodolfo Jarquín del Laboratorio Central del Hospital General.

Consideramos que las dosis de 50,000 unidades de penicilina dan una concentración suficiente y terapeúticamente útil.

En los casos tratados con Estreptomicina se usaron dosis de 10 centígramos diariamente. Siempre fueron bien tolerados.

La vitamina B. se inyectó a razón de 50 mlgrs. diarios. La tolerancia fué muy buena.

### COMPLICACIONES

En uno de nuestros casos, tratados con 100,000 unidades diarias de penicilina, se presentó una crisis convulsiva generalizada en dos ocasiones. Este enfermo no tenía antecedentes convulsivos. Fué uno de los que respondieron mejor al tratamiento.

En tres casos se presentaron reacciones térmicas des pués de la primera inyección, no mayores de 38 grados y no persistieron más de 48 hrs. Probablemente se trató de reacciones de Herxheimer.

Dos de los pacientes tratados con penicilina acusaron sensación de calambre después de la inyección de 50,000 unidades, atribuyo el fenómeno a la acción directa del medicamento sobre raíces. Ambos eran del grupo de Tabéticos.

Uno de los pacientes tratados con Estreptomicina dijo tener sensación de molestia dolorosa al inyectarlo, exclusivamente en miembros superiores. Dicha molestia cesaba al terminar la introducción del medicamento. No encuentro explicación satisfactoria para este fenómeno.

Uno de los pacientes tratado con Vita-Beta señaló discreta sensación de mareo y percibía demás el sabor de la vitamina en la boca. Atribuyo el fenómeno a la rápida difusión de la substancia y su paso a la corriente circulatoria.

### RESULTADOS

De los 8 pacientes con parálisis general 2 mejoraron extraordinariamente y pudieron volver a sus ocupaciones habituales; cuatro obtuvieron franca mejoría y en 2 no se observó modificación importante en el cuadro clínico.

En los pacientes con tabes dorsal se obtuvo la desaparición de las crisis dolorosas viscerales (4 casos) y de los dolores fulgurantes (1 caso). En los demás (4 casos), ninguna modificación importante.

En los pacientes con sífilis meningo-vascular un caso con recuperación importante de función motora; uno con mejoría acentuada del campo visual y de la agudeza; tres con mejoría moderada.

En los dos casos de meningitis tuberculosa, mejoría moderada. Uno de ellos con retención urinaria que exigía sondeo vesical

cada 8 hrs. pudo volver a orinar espontáneamente desde la séptima inyección y no ha vuelto, hasta la fecha, a tener necesidad de ser sondeado.

En los dos pacientes de alcoholismo crónico los resultados sido excelentes. Uno de ellos especialmente, considerado por su familia como caso perdido ha vuelto a sus labores con gran energía y capacidad.

#### LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO

El L. C. R. no sufrió modificaciones importantes después del tratamiento. En 12 de los casos de neurosífilis se observó discreta disminución en las cifras de células, albúminas y coloidales.

El número de casos tratados y el tiempo transcurrido, no permiten plantear conclusiones definitivas. Sin embargo las perspectivas son optimistas. Queda abierto el camino para nuevas y más amplias observaciones.

En algunos de los casos aquí considerados se han obtenido resultados tan notables que serán relatados en especial. En éste trabajo sólo se señalan las particularidades estadísticas que demuestran la inocuidad del método y la utilidad de la vía intra-raqüidea en el tratamiento de las afecciones nerviosas.

INDUSTRIA INGLEZA:

## PENICILINA GLAXO

Sal Sódico

Ampolas de 100.000 — 200.000 — 500.000 — 1.000.000  
Unidades Internacionais.

Ação retardada com o emprego de solução aquosa em doses maciças. Imediata ação bactericida, conservando o nível penicilínico bacteriostático até 24 horas.

## ESTREPTOMICINA GLAXO

Frasco contendo o equivalente de 1 grama (1 milhão de unidades "S")  
de estreptomicina básica.

Produtos de

GLAXO LABORATORIES LTD., Greenford, Inglaterra.

Representantes: **LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.**

Caixa Postal: Rio, 2755 — São Paulo, 3757 — Pôrto Alegre, 1297 —  
Curitiba, 593 — Bahia, 887 — Recife, 1080.

## Indicação clássica da hormonoterapia: o climatério feminino

### Casos benignos:

Substâncias sedativas do sistema neurovegetativo, p. ex., a Neuro-Trasentina (1 drágea 3 vezes por dia), ou combinações medicamentosas como o Prokliman (em média 2 drágeas 2 vezes por dia).

### Casos médios:

1 comprimido de 1 mg de Fenociclina por dia ou 1 comprimido sublingual ("Linguetas") de 0,05 mg de Eticiclina diariamente. Eventualmente 1 a 2 comprimidos sublinguais ("Linguetas") de 5 mg diários de Perandren.

### Casos graves:

Começar com 5 mg de Ovociclina 2 a 3 vezes por semana ou 25 mg de Perandren 2 vezes por semana, por via intramuscular. Depois, reduzir gradativamente as doses e eventualmente passar para o emprego dos comprimidos sublinguais ("Linguetas"), (1 a 3 comprimidos de Ovocicina ou 1 a 2 de 5 mg de Perandren, por dia).

### Casos rebeldes:

1 empóla cristalífera de 10 mg de Ovociclina de 3 em 3 ou de 4 em 4 semanas ou 1 empóla cristalífera de 50 mg de Perandren nos mesmos intervalos, por via intramuscular. Eventualmente, comprimidos para implantação de 100 mg de Perandren (duração do efeito: 2 a 4 meses). Os comprimidos para implantação de Ovociclina só devem ser utilizados em mulheres histerectomizadas.

---

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.



**MEDICAÇÃO ANTIESPASMÓDICA  
VASCULAR**

AMPÔLAS DE:

**Cloridrato de Papaverina Enila**

Cloridrato de Papaverina  
Água distilada

0,05 g.  
2 cm3.

ANGIOESPASMOS • EMBOLIAS PULMONARES • TROMBOEMBOLIAS DAS  
ARIÉRIAS CENTRAIS E PERIFÉRICAS • INSUFICIÊNCIAS DA CIRCULAÇÃO  
CORONÁRIA • ANGINA DE PEITO • HIPERTONIA ARTERIAL GENERALIZADA.



LABORATORIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 - C. P. 484 — RIO  
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO



## O sapo macho ("bufo") como teste da gravidez \*

**Dr. Plinio Alves de Moraes**

Piracicaba — São Paulo

### 1. ASPECTO GERAL DO PROBLEMA

O problema da gravidez preocupa, de há muito, a atenção do médico e do cientista. Tem-se procurado uma técnica precisa para a determinar. Hoje, graças aos estudos de pesquisadores de valor parece-nos que o problema está resolvido quanto ao teste de determinação da prenhez.

E' evidente que as experiências continuarão, objetivando cada vez mais o seu diagnóstico, bem assim, reduzindo o tempo de reação, o que representa, sem dúvida, economia. A técnica científica visa sempre, sem prejuízo da exatidão, ganhar em rapidez. Si confrontássemos, todavia, os progressos realizados nesse campo, desde as tentativas iniciais de Ascheim e Zondek, em 1928, até os resultados das pesquisas de Galli-Mainini, publicados em Março de 1947, aprenderíamos facilmente, o promissor avanço nos estudos do teste para determinação da gravidez na mulher. Seria impossível sintetizar todo o volume de indagações já processadas, desde Ascheim e Zondek a Friedman, Thales Martins (1929), Stokes e Ortiz, Hoffman e Brown, Geist e Frank, Giacaglia e tantos outros. E' sempre êste o método seguido pelas ciências experimentais: — completam a sua técnica através duma sucessão de processos de ensaios e erros. Parece-nos haver o teste de gravidez atingido um nível de respeitável fidelidade, o que se verifica, sem dificuldade, das estatísticas publicadas por Mainini e co-autores.

Em geral, pode-se afirmar que as pesquisas não representam dificuldade e executam-se bem desde que observadas algumas normas básicas com o que adiante veremos. As experiências de Galli-Mainini basearam-se nas de Houssay e Lazcano Gonzales que versaram (1929) sobre enxerto e extirpação da hipófise em sapo, seguindo-se-lhe a ação sobre a espermatogênese. Fundamentou-se ainda o referido cientista portenho nos estudos de Robertis, Burgos e Barreytes (1945) que definiram o desprendimento dos espermatozoides, sua migração através dos rins e da

\* Colaboração direta para "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia".

bexiga e, finalmente, sua expulsão com a urina, *no Bufo-arenarum Hensel*. Observou-se que a urina da mulher grávida produz o desprendimento e migração dos espermatozoides, facilmente identificáveis ao microscópio, na urina da cloaca do sapo macho. Nesta brilhante descoberta reside toda a significação do Teste de Gravidez. Variam-se os meios e recursos de pesquisas, procura-se reduzir o tempo de reação, resolver o aspecto econômico da experiência, tudo, porém, com o objetivo de alcançar maior presteza e exatidão na resposta do sapo à injeção de urina de mulher grávida. Para isso faz-se mister considerarem-se certos fatores além dos já referidos (rapidez, exatidão), tais como: — a economia monetária, manutenção do animal, facilidade de injeção, praticabilidade sem o sacrifício do animal, número necessário de injeções, precauções especiais, etc. A reação com o sapo macho solucionou, sem dúvida, muitos dos cuidados exigidos pelas reações Ascheim, Zondek, Friedman e outros. E', em síntese, a mais econômica, desde que por econômico entendamos a simplificação das exigências técnicas. Temos usado com resultados amplamente satisfatório as reações Galli-Mainini e Thales Martins, obtendo-se 100% (cem por cento) de positividade, nos casos de gravidez constatada. O controle contínuo dos casos não permite dúvidas.

Empregamos o *Bufo Marinus*, sapo abundante em nossas cidades e campos. O grau de positividade constatado coincidiu com o obtido pela reação Friedman. Não procuramos outras correlações por julga-las desnecessárias.

Só trabalhamos com urina, sem cuidarmos de outros recursos experimentais como o sôro, de largo emprêgo em outros autores. Nem fizemos ectomia da pituitária, medula, pulmões, com o objetivo de reduzir o tempo de reação (Mainini — The Journal — 1948). Embora de técnica relativamente fácil, essas experiências requerem habilidade cirúrgica e tornam mais complexas as pesquisas. E', todavia, de nosso intento, ensaiar mais tarde, êsses processos. Não deixamos de indagar o valor da temperatura para o sapo inoculado, ponto de vista ainda contravertível. Pensamos havê-lo esclarecido suficientemente, como o veremos. Mainini já havia observado, todavia, que a baixa temperatura retarda, sem inibir, a espermatogênese. As nossas indagações confirmam em toda a linha, êsse fato, por nós observado mesmo antes de termos lido o interessante trabalho do conhecido autor argentino. O material usado por Mainini foi o *Bufo Arenarum Hensel*, com um peso sempre superior a 100 gramas. Variou a temperatura durante os sete meses de experimentação (maio-setembro) entre 12º 25º. Mainini conservava os animais em pia húmida e utilizava-se para diversas reações, com um intervalo mínimo de quatro dias. Como, segundo referências de autores em geral, são possíveis reações positivas até 68 horas depois de inoculada a urina, impõe-se, invariavelmente, exames prévios

*sem morfina!*



# DOREXOL

O poderoso analgésico

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ

SÃO PAULO — BRASIL

FILIAIS :  
RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE  
CURITIBA  
SALVADOR

END. TELEGRÁFICO  
"ENDOCHIMICA"  
CAIXA POSTAL 230-A

*Nervos calmos*



# BEUNIT

Vitaminas do complexo B

FILIAIS :  
RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE  
CURITIBA  
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ  
SÃO PAULO — BRASIL

END. TELEGRÁFICO  
"ENDOCHIMICA"  
CAIXA POSTAL 230-A

de negatividade. Este controle faz parte da técnica de Mainini e co-autores e nós também o observamos rigorosamente. Santiago (.....) afirma ter encontrado espermatozoides em urina extraída à cloaca do sapo até sete e oito dias após a inoculação da urina humana. Esta observação exprime significativamente a cautela que o experimentador precisa ter.

Antes de entrarmos no relato de nossos trabalhos, vamos apreciar o que já se fez para o desenvolvimento do método e técnica desse teste, que visa o diagnóstico precoce da gravidez.

As reações hormônicas aumentaram de significado, desde os estudos de Friedman, em que melhor se precisou o seu uso. Antes de Friedman, que empregou o coelho como reativo, usaram-se a rata e a rã, (esta utilizada pela primeira vez por Bellergy, em 1934). A resposta da rã levou, de acordo com as indagações feitas, de 3 a 4 horas. Originária da África do Sul, a "Xenopus" não se desenvolvia, uma vez tirada do seu "habitat", o que constituiu grave obice ao seu emprêgo, embora se revelasse ótimo reativo à urina da mulher grávida.

Gasche, pesquisador da Basileia, após pacientes estudos, conseguiu tornar possível a criação da rã do gênero "Xenopus" em qualquer latitude ou clima. Nem por isso o problema deixou de existir. A obtenção do animal é dispendiosa e sua manutenção permaneceu difícil. A primitiva reação em camondongas, usada por Ascheim e Zondek, era muito lenta, pois eram precisas cerca de 96 horas se constatarem os resultados. Contemporaneamente se obtém reações no sapo macho ("Bufo arenarum Hensel" e "Bufo Marinus") em uma hora, depois da inoculação da urina. Daqui a reação de Ascheim-Zondek, há, sem dúvida, uma notável evolução na técnica do teste. Como controle, e também para estudos estatísticos de correlações diversas, que interessam o cientista, ainda se empregam a "Xenopus laevis", o coelho (Reação de Friedman) Thales Martins o "Bufo arenarum Hensel" e o "Bufo" nas mesmas experiências. Esses confrontos conduzem à descoberta de novos ângulos curiosos do problema. Parece que o batráquio foi usado, pela primeira vez, por Hogben, na África (1930) e não por Bellergy. De qualquer forma, pouco importa o seu valor cronológico, a experiência com batráquio abriu novas possibilidades ao referido teste biológico. Desde o início das múltiplas experimentações realizadas, a reação consistiu na extração da urina, por meio de tratamento especiais, de gonadotropinas cariônicas, se existiam na urina a se experimentar. Separadas estas, dissolviam-se em 2cc. de sôro e injetavam-se no saco linfo-vascular dorsal dos anfíbios citados. Observava-se então, que existindo gonadotropinas, por ser de mulher grávida a urina tratada, as rãs desovavam passadas 6 ou 8 horas (segundo outras, 3 e 4) a contar da inoculação. Afirma-se que a positividade desta reação é possível aos 40 dias de amenorréia, proveniente da gravidez, verificando-se, todavia, até 5% de erros. Esta percenta-

gem de erros foi eliminada, ou consideravelmente reduzida, com o emprêgo do "Bufo Marinus" e do "Bufo Arenarum Hensel" usado por Mainini. Distingue-se o macho dêste sapo pelas patas anteriores mais curtas que as da fêmea; ante-braço musculoso para a cópula; dedo interno à maneira dum polegar rudimentar, muito escuro e dotado de pequena protuberância na parte interna de sua base; o canto, ou coaxar característico dos anuros; ua mancha verde na parte interior do pescoço; o tamanho menor; o reflexo sexual que se obtém apertando o ventre com o dedo. Os traços rápidos que ai caracterizam o sapo macho têm consequências técnicas importantes. Evitam-se erros e desperdício de tempo se dêles cuidarmos atentamente. E' o macho que importa ao teste. A técnica geralmente observada consiste em:

1 — Usar o sapo macho, como animal reativo, de 100 gramos de peso mínimo. Não voltar a empregá-lo segunda vez senão depois de 8 dias. Uma vez que a reação tivesse sido positiva, embora decorridos 8 dias, deve-se controlar o animal com exames prévios afim de se verificar a ausência de espermatozoides.

2 — A urina deve ser recolhida de micção espontânea e logo de manhã, por ser esta primeira urina do dia a mais concentrada. Pode-se mesmo submeter a *mulher grávida a um regime hipohídrico*, tornando, desta forma, ainda mais concentrada a urina. Tomam-se 10 cc. desta urina e injetam-se no saco linfático dorsal, embaixo' é evidente, da pélve do dorso, 5 cc. de cada lado, considerando-se uma linha média que o divida em duas metades.

3 — Decorridas 3 ou 4 horas após a injeção, com uma pipeta de ponta fina e romba, manejada hábilmente num movimento de "vai-vem" até que sua boca seja introduzida na cloaca, retira-se daí a urina do sapo. E' mantido o animal em posição dorsal.

4 — Uma gôta dêsta urina, colocada na lâmina e recoberta com a laminula, é examinada ao microscópio, sem imersão e com pouca luz. Se a reação for positiva, confirmada, portanto, a existência da prenhez na mulher que forneceu a urina, veem-se espermatozoides do sapo, de fácil identificação, essencialmente móveis, bem distintos na preparação.

Procuram-se como reativo substâncias diversas tais como: progesterona, testeron, tiroxina, desoxicorticosterona, adrenalina, que deram invariavelmente reações negativas, o que prova ser a urina da mulher grávida ótima reativo. Isto, ainda que consideremos o bom emprêgo do sôro e dos extratos hipofisários. O teste biológico é mais simples que os processos químicos. Empregam-se para melhor controle da experiência e de seus resultados, no teste biológico, pares de sapos machos, de forma que as injeções se façam sempre em 2 sapos. Os resultados obtidos com o emprêgo de 1 ou 2 sapos variam notavelmente. Assim,

no 3.º mês de gravidez constatou Mainini 91% de positividade com o emprêgo de 1 sapo e 100% com o de 2. No 5.º mês 83,3% com 1 sapo e 100% com 2. No 8.º mês, 80% com 1 e 93,3% com 2. No primeiro mês, 95,7% com 1 e 100% com 2. Esses exemplos de Mainini, tomados ao acaso, revelam muito melhor controle com 2 sapos do que com 1. Por isso, essa técnica tornou-se obrigatória. Dessa observações gerais concluimos, facilmente, a significação do teste biológico para determinação da gravidez da mulher. De profundas consequências para a clínica e cirúrgica medicas, será, no futuro, um instrumento de análise ginecológica indispensável. Assim se vão os problemas de saúde, ainda ontem inacessíveis à medicina. Passemos, agora, algumas úteis observações de Galli-Mainini.

## 2. ESTUDO DE CARLOS GALLI MAININI

São estas as pesquisas que tomamos por base, usando, porém, o nosso sapo comum "bufo". São de interesse para os laboratórios e também para os clínicos, em geral, conhecimentos mais pormenorizados da técnica e do valor do novo teste biológico de prenhez.

Por isso, antes de entrarmos na apreciação dos nossos dados experimentais, abordemos, ainda, os aspectos diversos das experimentações de Mainini, que nos serviram de diretriz e cujos primeiros trabalhos apareceram em 1947.

Como já frisámos acima, a base da reação de Mainini consiste em o fenômeno ocorrido no testículo do sapo macho adulto como resultado direto da estimulação gonadotrópica. Mainini, fazendo algumas considerações de ordem anatômica e fisiológica, afim de que melhor se compreenda o teste, define a posição dos testículos no sapo: — "é um órgão dual, de forma alongada, situado na região dorsal da cavidade celômica, paralelo à espinha e unido por meio de um curto ligamento ao rim correspondente". Esta estrutura justifica a condução dos espermatozoides aos rins e à cloaca, juntamente com a urina produzida e explica a sua presença ao ser esta última examinada ao microscópio na pesquisa do teste biológico de prenhez.

A disposição anatômica acima referida, mostra que os trajetos da excreção, partindo dos rins, são comuns aos espermatozoides e à urina. Muito úteis, sem dúvida, foram os estudos realizados por Giusti e Houssay, em 1923, em torno da relação entre a hipófise e os testículos, no "Bufo arenarum Hensel", bem assim as pesquisas no seu sistema sexual. Tudo isso conduziu lentamente aos exatos experimentos atuais. Já não parece dúvida a constante influência da hipófise na atividade testicular do sapo. A ectomia da hipófise provoca atrofia testicular. Ao contrário, obtém-se a hipertrófia pela implantação subcutânea frequente de

gem de erros foi eliminada, ou consideravelmente reduzida, com o emprêgo do "Bufo Marinus" e do "Bufo Arenarum Hensel" usado por Mainini. Distingue-se o macho dêste sapo pelas patas anteriores mais curtas que as da fêmea; ante-braço musculoso para a cópula; dedo interno à maneira dum polegar rudimentar, muito escuro e dotado de pequena protuberância na parte interna de sua base; o canto, ou coaxar característico dos anuros; ua mancha verde na parte interior do pescoço; o tamanho menor; o reflexo sexual que se obtém apertando o ventre com o dedo. Os traços rápidos que ai caracterizam o sapo macho têm consequências técnicas importantes. Evitam-se erros e desperdício de tempo se dêles cuidarmos atentamente. E' o macho que importa ao teste. A técnica geralmente observada consiste em:

1 — Usar o sapo macho, como animal reativo, de 100 gramos de peso mínimo. Não voltar a empregá-lo segunda vez senão depois de 8 dias. Uma vez que a reação tivesse sido positiva, embora decorridos 8 dias, deve-se controlar o animal com exames prévios afim de se verificar a ausência de espermatozoides.

2 — A urina deve ser recolhida de micção espontânea e logo de manhã, por ser esta primeira urina do dia a mais concentrada. Pode-se mesmo submeter a *mulher grávida a um regime hipohidrático*, tornando, desta forma, ainda mais concentrada a urina. Tomam-se 10 cc. desta urina e injetam-se no saco linfático dorsal, embaixo' é evidente, da pélve do dorso, 5 cc. de cada lado, considerando-se uma linha média que o divida em duas metades.

3 — Decorridas 3 ou 4 horas após a injeção, com uma pipeta de ponta fina e romba, manejada hábilmente num movimento de "vai-vem" até que sua boca seja introduzida na cloaca, retira-se daí a urina do sapo. E' mantido o animal em posição dorsal.

4 — Uma gôta dêsta urina, colocada na lâmina e recoberta com a laminula, é examinada ao microscópio, sem imersão e com pouca luz. Se a reação for positiva, confirmada, portanto, a existência da prenhez na mulher que forneceu a urina, veem-se espermatozoides do sapo, de fácil identificação, essencialmente móveis, bem distintos na preparação.

Procuram-se como reativo substâncias diversas tais como: progesterona, testeron, tiroxina, desoxicorticosterona, adrenalina, que deram invariavelmente reações negativas, o que prova ser a urina da mulher grávida ótima reativo. Isto, ainda que consideremos o bom emprêgo do sôro e dos extratos hipofisários. O teste biológico é mais simples que os processos químicos. Empregam-se para melhor controle da experiência e de seus resultados, no teste biológico, pares de sapos machos, de forma que as injeções se façam sempre em 2 sapos. Os resultados obtidos com o emprêgo de 1 ou 2 sapos variam notavelmente. Assim,

no 3.º mês de gravidez constatou Mainini 91% de positividade com o emprego de 1 sapo e 100% com o de 2. No 5.º mês 83,3% com 1 sapo e 100% com 2. No 8.º mês, 80% com 1 e 93,3% com 2. No primeiro mês, 95,7% com 1 e 100% com 2. Esses exemplos de Mainini, tomados ao acaso, revelam muito melhor controle com 2 sapos do que com 1. Por isso, essa técnica tornou-se obrigatória. Dessa observações gerais concluimos, facilmente, a significação do teste biológico para determinação da gravidez da mulher. De profundas consequências para a clínica e cirúrgica medicas, será, no futuro, um instrumento de análise ginecológica indispensável. Assim se vão os problemas de saúde. ainda ontem inacessíveis à medicina. Passemos, agora, algumas úteis observações de Galli-Mainini.

## 2. ESTUDO DE CARLOS GALLI MAININI

São estas as pesquisas que tomamos por base, usando, porém, o nosso sapo comum "bufo". São de interesse para os laboratórios e também para os clínicos, em geral, conhecimentos mais pormenorizados da técnica e do valor do novo teste biológico de prenhez.

Por isso, antes de entrarmos na apreciação dos nossos dados experimentais, abordemos, ainda, os aspectos diversos das experimentações de Mainini, que nos serviram de diretriz e cujos primeiros trabalhos apareceram em 1947.

Como já frisámos acima, a base da reação de Mainini consiste em o fenômeno ocorrido no testículo do sapo macho adulto como resultado direto da estimulação gonadotrópica. Mainini, fazendo algumas considerações de ordem anatômica e fisiológica, afim de que melhor se compreenda o teste, define a posição dos testículos no sapo: — "é um órgão dual, de forma alongada, situado na região dorsal da cavidade celômica, paralelo à espinha e unido por meio de um curto ligamento ao rim correspondente". Esta estrutura justifica a condução dos espermatozoides aos rins e à cloaca, juntamente com a urina produzida e explica a sua presença ao ser esta última examinada ao microscópio na pesquisa do teste biológico de prenhez.

A disposição anatômica acima referida, mostra que os trajetos da excreção, partindo dos rins, são comuns aos espermatozoides e à urina. Muito úteis, sem dúvida, foram os estudos realizados por Giusti e Houssay, em 1923, em torno da relação entre a hipófise e os testículos, no "Bufo arenarum Hensel", bem assim as pesquisas no seu sistema sexual. Tudo isso conduziu lentamente aos exatos experimentos atuais. Já não parece dúvida a constante influência da hipófise na atividade testicular do sapo. A ectomia da hipófise provoca atrofia testicular. Ao contrário, obtém-se a hipertrofia pela implantação subcutânea frequente de

hipófise de outro sapo. Esta última observação é correta que para animais normais quer para hipofisectomizados. Estas experiências elucidam a situação atual do teste de prenhez em que se emprega como estimulante da espermatogênese a urina da mulher suposta grávida. E' que a urina da mulher grávida jamais poderá deixar de conter substâncias hormônicas provenientes do desgaste orgânico. As substâncias gonadotrópicas de tal urina, respondem, portanto, pelo desprendimento dos espermatozoides do sapo, verificáveis ao exame microscópico.

Recomenda Mainini que se empregue sapo de mais de 100 gramos de Pêso para o "*Bufo arenarum Hensel*" e de 20 a 25 gramos para o "*Bufo d'Orbigni*". Bacias de 1m por 60 cm são usadas no Hospital de Rivadavia para a conservação dos sapos. Permite, afirma, manterem-se simultaneamente cerca de 300 animais em cada uma delas. Enquanto cativeiros, os sapos permanecem em lugar húmido. Se se usarem as bacias a humidade será obtida com escasso esguicho de um chuveiro. Todo o cuidado está em se conseguir humidade constante sem imersão dos animais. Esta mata-los-ia dentro de 3 ou 4 dias. Recomenda Mainini não se dê alimento algum aos sapos durante o seu cativeiro. Vivem, no decorrer dêle, de suas próprias reservas e podem ser empregados repetidamente nas experiências. Não temos seguido esse preceito técnico. Alimentamos os nossos animais com feijão, arroz, carne moida ou sómente com minhoca. Este último alimento aumenta o trabalho da experimentação, quer tomando-nos tempo, quer exigindo mais pessoal, o que, de qualquer forma representa acréscimo de despesas, devendo por isso ser evitado. A larva japoneza, por sua vez, não deu resultados, por que requer cuidados especiais para sua criação.

Quanto à coleta e inoculação da urina da paciente recomendam Mainini e os seus colaboradores que pode ser usada a de qualquer momento do dia, embora melhor se empregue a da micção. A urina será injetada diretamente no sapo, dispensado qualquer outro cuidado, tais como: filtração, concentração, etc. E' sabido nos batrâquios a péle adere ao corpo sómente em alguns lugares: — no meio da coluna vertebral, na linha do ventre, na cabeça e nas articulações. Em outras partes permanece solta, de modo que forma grandes sacos onde a linfa circula. E', como vimos, no saco dorsal que se inocula a urina de mulher grávida. Logo ela se distribui pela linfa. A extração da urina da cloaca do sapo, assim como o exame microscópico, se processam da maneira que já descrevemos. Apenas, Mainini recomenda se evite a luz demasiado forte e adverte-nos de que a presença, e não motilidade dos espermatozoides, é que importa. Lembra-nos, também, que é de mister prestar atenção a pequenas arranhaduras possíveis na lâmina para se não confundir. Estas e outras recomendações, aparentemente insignificantes, podem influir no curso da experiência e principalmente, alterar-lhe os resultados.

Já examinamos o tempo de reação de animais diversos. É sempre um atributo expressivo a considerar-se na pesquisa. Mainini relata que 89% dos resultados positivos obtidos em suas experiências registraram-se dentro de 2 horas após a injeção de urina de paciente grávida. Blanchard refere-se a 96% ocorridos depois de 1 hora e meia. Sala e seus co-autores observaram 84,5% de casos positivos dentro da primeira hora e 100% de casos positivos decorridos 3 horas após a inoculação da urina. Aconselha Mainini, todavia, que se extenda a observação das reações negativas até a 24a. hora de inoculação, se o teste se efetuou numa temperatura baixa. Os sapos serão utilizados para o teste mesmo no período da reprodução. Não se prejudica a experiência. Nesse período não se produz a eliminação exponencial dos espermatozoides pelo sapo que não teve cópula sexual. Durante o período sexual, os espermatozoides se despregam e migram para a bexiga tão somente sob a influência da estimulação gonadotrópica. Esta é consequência da descarga de gonadotropina pituitária provenientes do áto sexual.

### 3. AS NOSSAS OBSERVAÇÕES

Temos realizado, dentro de nossas possibilidades, o teste biológico de prenhez, sempre controlado pelo exame e observações clínicas posteriores. Mainini oferece-nos grande cópia de observações que vemos confirmada em nossas experiências. De 2.030 casos da observação do conhecido cientista argentino, informa-nos ele que 1896 eram suspeitos de gravidez, atingindo o 5.º mês de amenorréia; 123 casos possíveis de prenhez, de 6 a 9 meses de amenorréia; 7 atribuídos a prenhez ectópica; 2 a cario-epitelioma e 2 à mola. A fidelidade do teste confirmou-se plenamente em 1422 casos de Mainini, suspeitos de gravidez; em 960, as pacientes não estavam prenhas e os resultados foram todos negativos. Em 462 casos de gravidez insuspeita, 458 registraram-se positivos, com 99,01% de exatidão. Nos 1422 casos testados houve 4 erros, o que equivale a um grau de fidelidade de 99,72%.

Os resultados obtidos por outros autores confirmam os registrados por Galli-Mainini, com ligeiras diferenças de porcentagem. Quanto aos nossos, 50 casos de urina de mulher não grávida obtiveram 100% de negatividade. De 150 testes com urina de mulher confirmadamente grávida obtivemos 148 casos positivos e 2 negativos, o que equivale a 98,66% de positividade. O resultado coincide com diversas estatísticas publicadas por Mainini. De uma análise negativa aos 7.º, 8.º e 9.º dias de amenorréia, conseguimos reação positiva no 11.º dia.

De outro confirmado no 25.º dia de amenorréia, havíamos registrado como negativo no 20.º dia. Empregamos urina inviávelmente de la. micção, e solicitamos sempre, à paciente que

ingerisse pouco líquido às vésperas o teste, embora Mainini não atribua grande significado a ambos os preceitos. Obdecemos à técnica aconselhada, injetando 10 cc. de urina, 5 cc. de cada lado, à altura do saco dorsal do sapo de peso superior de 100 gramos, observando o intervalo universalmente aconselhado entre 2 testes no mesmo animal. Para evitar o encontro de espermatozoides oriundos de eliminação expontânea, controlamos atentamente o sapo; nunca o submetemos a nova reação sem a certeza de que o perigo da ação anterior já houvesse passado. Os nossos sapos foram sempre testados com urina de mulher reconhecidamente grávida. Se não reagissem, despresávamos-lhos. Assim melhor se distinguem os sexos. Mesmo os machos que depois de 24 horas não apresentassem resultados positivos eram soltos. E' uma seleção aconselhável, desde que se trabalhe com material insuspeito.

Procurando comparações entre os testes "Galli-Mainini" e "Friedman" (sapo e coelho) testamos 50 casos que se apresentaram sempre coincidentes, excetuando 1 "Friedman" positivo, correspondendo a um "Mainini" negativo. Tivemos em percentagem um grau de 98% de correlação. De outros 50 casos negativos observamos que coincidiram integralmente os testes Mainini e Friedman: — 100% de negatividade em ambos. Em 16 casos negativos tratados pelo método "Galli-Mainini", registramos: — 2 casos de aborto (1 e 2 dias e outro de 1 dia) 1 caso de parto cumprido Há 2 dias; 1 de amenorréia de natureza não especificada; 5 casos de amenorréia proveniente do período de lactação; 3 casos de amenorréia de origem provavelmente psíquica (emotiva); 3 casos de amenorréia por menopausa e, finalmente, 1 caso de feto morto.

Obtivemos dos 150 casos testados, 116 com reação definida após 1 hora da injeção. Os negativos confirmaram-se depois de repetidos testes. Verificamos uma reação positiva depois de 55 minutos da inoculação da urina. A amenorréia correspondente a este exemplo era de 5 meses, o que não deixa dúvida quanto ao valor do tempo de reação do animal. Acreditamos, por isso, na possibilidade de uma inteligente seleção do animal reativo, que permita a redução do tempo de resposta. E' natural essa diferenciação individual nos sapos nos outros animais. Seria mais natural este processo genético do que o emprêgo da ectomia de órgãos inibidores da ação fisiológica no animal. Registramos 19 reações confirmadas depois de 2 horas de inoculação, 12 depois de decorridas mais de 2 horas. Destas últimas, 1 com resposta após 24 horas (positiva) à inoculação da urina. Duas reações de tempo indeterminado. Temos, assim, o total de 150 experimentações que procuramos controlar cuidadosamente. O tempo contado do início da amenorréia ao dia do teste cariou entre casos de 11 a 210 dias (7 meses). Notámos 43 casos definitivamente com amenorréia de 30 dias para menos. Dêles, 1 negativo com resposta na 3.<sup>a</sup> hora, dada a injeção; outro, positivo ao 25.<sup>o</sup> dia e negativo ao 20.<sup>o</sup> dia de amenorréia e os demais francamente positivos.

## B I B L I O G R A F I A

La Prensa Medica Argentina — 23 de Janeiro de 1949 — pág. 165.  
 — Roberto Martin Pinto e Hector J. Suer Boero.

Revista Brasileira de Medicina — pág. 236. — Vol. VI. — N.º 4. — Abril de 1949. — Felipe C. Vasconcellos e Aristóteles T. Leão.

Clinica Ginecitológica. — Uruguai A. 2 n.º 47. — Junho. pág. 15.

El Dia Medico. — Buenos Aires. — Julho de 1947. — Pedro Figueiroa e outros.

Arquivos de Biologia. — Março-Abril de 1949, pág. 47. — Gonzales Torres.

J. A. M. A. — Vol. 138, n.º 2. — Setembro de 1948. — A. C. Galli Mainini.

A Normoespermia em Belo Horizonte — Brasil Médico, Agosto de 1943, pág. 328. — Plínio Alves de Moraes e outros.

Spermatozoa and Sterility. — Medical Book Department of Harper & Bros Abner I. Weisman.

**PHILERGON - Fortifica de fato**

TRATAMENTO ELETIVO DOS ECZEMAS  
 E DAS FORMAS EXSUDATIVAS E PRURI-  
 GINOSAS DAS MOLESTIAS CUTÂNEAS

USO ENDOVENOSO

**ECZEMIL**  
 INJETÁVEL

Uma ampola em dias alternados. **(DESENSIBILIZANTE)**  
 até uma ampola nas 24 horas.

**LABORATORIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"**

**ARNALDO LOPES**  
 RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO  
 Indústria Brasileira



Tudo que o Dr. e a enfermeira podem exigir de um esparadrapo

e mais a garantia da 

**Johnson & Johnson**

— O NOME DE MAIOR CONFIANÇA  
EM PRODUTOS CIRÚRGICOS



Exija o NOVO  
**ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL**

*Johnson & Johnson*

ADERÊNCIA INSTANTÂNEA  
ISENTO DE REAÇÃO CUTÂNEA  
IMPERMEÁVEL  
NOVA FÓRMULA "I.D."  
EMBALAGEM METÁLICA  
FÁCIL DE DESENROLAR

## A tunelização no tratamento da varicocele \*

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

*Diretor do Sanatório São Lucas  
São Paulo, Brasil*

A convite do prof. Alfonso Albanese, presidente da secção de Cirurgia Vascular, temos a satisfação de apresentar neste Congresso o processo da tunelização para o tratamento cirúrgico da varicocele, que vem nos dando excelentes resultados numa experiência que completa 14 anos neste mês de agosto.

Trata-se de uma operação simples, segura, conservadora e eficiente. Promove uma conveniente orquidopexia e o desaparecimento da estase venosa, removendo, assim, os inconvenientes e as perturbações decorrentes do estado mórbido.

E' simples porque pode ser executada por qualquer cirurgião e não exige requintes de técnica nem instrumental especial.

E' segura porque não requer ligaduras perigosas.

E' conservadora porque não interrompe a corrente venosa nem abre o canal inguinal.

E' eficiente por que dá resultados plenamente satisfatórios.

Promove a orquidopexia através de uma ampla exteriorização do cordão espermático, permitindo separar e deixar de lado o duto deferente, para só utilizar as veias ectasiadas, que são encerradas num tunel aponevrótico, mantendo o testículo na altura julgada conveniente.

Promove o desaparecimento da estase venosa porque, encerrando os vasos ectasiados num tunel aponevrótico, não mais permite a dilatação de suas paredes.

Demais, a tunelização forma uma espécie de sistema valvular, regulado pelas compressões e descompressões intermitentes de esforços, posição ortostática, deambulação, repouso, etc., impedindo o refluxo venoso.

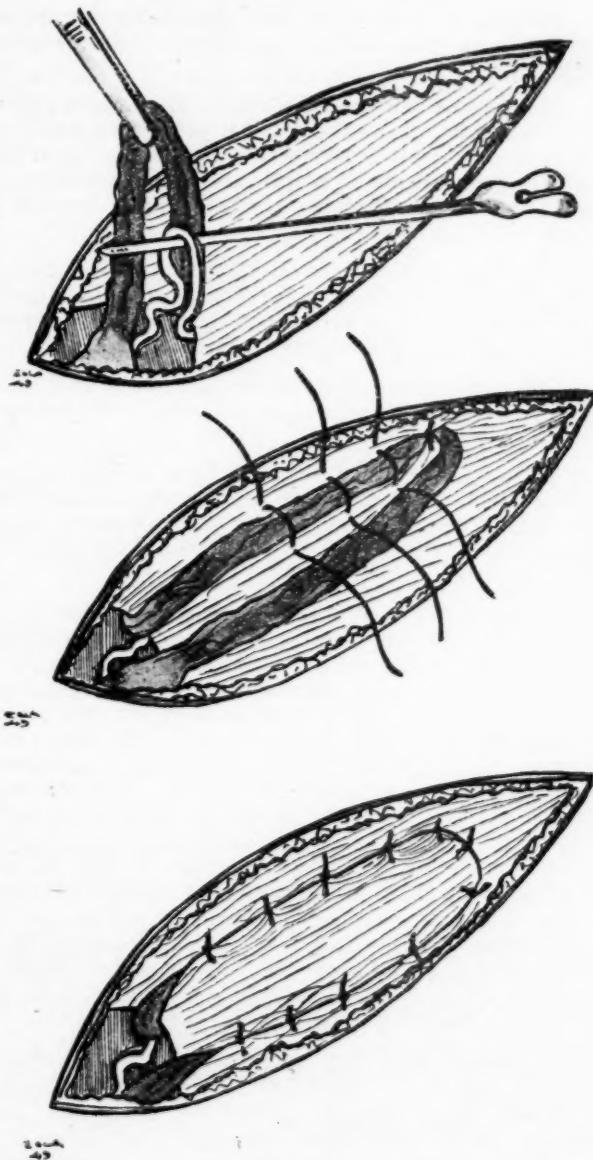
A operação é feita da seguinte maneira:

1 — Incisão clássica para operação de hérnia inguinal (incisão oblíqua, que parte da espinha do pube e termina a cerca de dois dedos da espinha ilíaca anterior e superior).

\* Resumo de relatório apresentado ao VII Congresso do Colégio Internacional de Cirurgiões, Buenos Aires, agosto de 1950.



The cord is exteriorized down to the proximity of the testicle.



1. The vas deferens is isolated from the cord.
2. The venous loop is applied to the aponeurosis of the external oblique muscle.
3. A tunnel is formed, in which the veins lie.

2 — Exposição ampla da face superficial da aponevrose do grande obliquo, deixando a descoberto o anel exterior do canal inguinal.

3 — Apreensão e apresentação ampla do cordão espermático, desde o anel exterior do canal inguinal até as proximidades do testículo, que, para isso, é semi-exteriorizado por suave tração, feita pelo cirurgião através do próprio cordão, e auxiliada por expressão efetuada pelo assistente, através da bolsa escrotal e dos campos que recobrem o doente.

4 — Abertura da túnica fibrosa que envolve o cordão, seguida do isolamento, por dissecção romba, das veias varicosas, separando delas o canal deferente com sua artéria e devendo-se ter em mente que esta nem sempre é visível.

5 — Abandono do canal deferente e de sua artéria no fundo do campo operatório, entre os pilares do orifício exterior do canal inguinal.

6 — Colocação das veias ectasiadas por sobre a aponevrose do grande obliquo, dispondo-as em alça, à maneira de ferradura, com concavidade voltada para baixo e para dentro e em altura tal que permite ficar o polo superior do testículo um pouco abaixo da espinha do pube.

7 — Fixação das veias assim dispostas por meio de dobra da aponevrose do grande obliquo, mantida por pontos separados, de forma a se criar um tunel, no qual ficam abrigadas as veias. Inicia-se a tunelização pela parte mais elevada da alça, transfirando a aponevrose pelo lado de fora do fundo da alça e a seguir, com o mesmo fio, pelo lado de dentro, a uma distância tal que, ao se apertar o nó, a prega da aponevrose cubra completamente o feixe venoso sem interromper a circulação. A mesma manobra será repetida em outros pontos ao longo da alça até ser completado o tunel e sempre com o cuidado de não estrangular a corrente venosa, que, assim, passa a circular através da folgada tunelização obtida à custa da plicatura da aponevrose do grande obliquo. Em outros casos — indivíduos gordos, em que o campo operatório se torna exígido — o ramo externo do tunel pode ser construído pela fixação da aponevrose do grande obliquo ao tecido celular subcutâneo das proximidades da arcada crural, sempre por meio de pontos separados.

8 — Sutura da pele com agrafes, precedida, si necessário, de pontos de aproximação do tecido celular subcutâneo.

Os pontos da tunelização podem ser feitos com categute simples n.º 0 ou 1, com categute cromado n.º 0 ou com fio de algodão. Temos usado o categute simples ou o categute cromado.

A anestesia raqueana permite mais fácil manuseio da aponevrose do grande obliquo, mas a narcose em circuito fechado

ou outra qualquer anestesia bem conduzida fornece um relaxamento de fibras, que não dificulta a feitura da tunelização.

Para mais fácil compreensão da técnica por nós preconizada, apresentamos um filme demonstrativo dos vários tempos operatórios.

#### S U M M A R Y

The operation of "tunnelization" for varicocele is a safe and conservant method, which produces a convenient orchidopexy and the disappearance of venous stasis. It is a personal method, which does not require dangerous ligations nor open the inguinal canal, but stops the venous reflux physiologically.

The orchidopexy is realized with ample exteriorization of the cord, which is freed from the vas deferens and applied to the aponeurosis of the external oblique muscle, the latter forming a tunnel to contain the veins. This aponeurotic tunnel exerts a compression on the dilated veins, preventing stasis; in addition, it forms a kind of valvular system by intermittent compression and decompression resulting from efforts, orthostatic position and ambulation.

The operation is done as follows:

An incision is made as for inguinal hernia; it extends from the pubic spine to the inner side of the anterosuperior iliac spine. The cord is exteriorized down to the proximity of the testicle. The anterior aspect of the fibrosa and the cremaster are incised and the vas deferens is isolated from the cord up to the external inguinal orifice. Isolation of the spermatic artery is unnecessary. The vas deferens remains at the lower part of the operative field. The venous loop is applied to the aponeurosis of the external oblique muscle and arranged in horse-shoe fashion the concavity looking downwards and inwards. The upper pole of the testis lies a little below the pubic spine. The venous plexus is retained in its new position by pleating the external oblique aponeurosis with sutures so that a tunnel is formed in which the veins lie. The sutures should not compress the venous plexus as it should be able to slide freely inside of the tunnel. Closure of the skin completes the operation.

Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

## Estudos Cirúrgicos

Dr. Eurico Branco Ribeiro

5 VOLUMES PUBLICADOS

Preço: Cr\$100,00 cada volume

Pedidos ao autor: Caixa Postal 1574 - São Paulo

# SUBTOSAN



## *Sucedâneo do plasma sanguíneo*

Perfeita conservação por  
tempo indeterminado  
Boa tolerância do organismo  
Facilidade de emprêgo

Comodidade de transporte  
e aprovisionamento  
Tratamento econômico  
Supressão da determinação  
dos grupos sanguíneos



*— a marca de confiança —*



879-448-PANAM

## PRODUÇÃO MEDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, em 6 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Firmino Oliveira Lima

**Aspectos da profilaxia rural no Nordeste rural do Brasil (conferência).** Prof Samuel B. Pessoa. — Na introdução, o autor referiu-se, em termos elogiosos, às realizações do Governo Federal em matéria de profilaxia das endemias rurais no Nordeste do Brasil, julgando que a profilaxia das numerosas endemias que nos assolam constitui problema nacional e que, portanto, deve ter solução nacional, dirigida e financiada pelo Governo da União; isso diz respeito, entre outras, à esquistosomose, ao tracoma, à boubá, à ancilostomose e outras helmintoses. Deixando de lado os Serviços de Malaria, Peste e Febre Amarela, todos muito eficientes, de alto padrão científico, o autor se propõe a explorar as atividades de um serviço menos conhecido, ainda que tão

eficiente como aqueles que acaba de citar: O Serviço de Profilaxia de várias endemias, a cargo da Divisão de Organização Sanitária, sob a direção do conhecido higienista, Dr. Barca Pellon. Para isso, exibe um mapa do Brasil no qual se vêem, distribuídas em todo território nacional, 94 unidades da Divisão em aprêço, abrangendo Centro de tratamento rápido da boubá, Centro de tratamento rápido de moléstias venéreas, Centro de endemias rurais, Centros de pesquisas para helmintoses, Postos de combate ao tracoma, Postos de combate às helmintoses, Postos de combate à boubá e Postos móveis de combate à boubá e ao tracoma. A maioria de tais unidades se acha localizada nos Estados nordestinos que, realmente, são os que mais necessitam. Em seguida, o



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462  
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.<sup>o</sup>

## Hormo-renino

Sangue da veia renal da cabra, expurgado de proteínas livres anafiláticas, adicionado de extratos totais das glândulas suprarrenais, dos rins e do fígado.

Indicado nas nefrites, arterio-esclerose, manifestações artríticas, discrasias ácidas ou lipogênicas. Insuficiencia das suprarrenais, etc.

autor projetou uma série de dispositivos para ilustrar o desenvolvimento das campanhas de saneamento rural nos Estados de Pernambuco, Ceará, Paraíba, Piauí e Maranhão, os quais percorrem durante mais de um mês em viagem de estudos.

Comentários: — Dr. Renato Roberto Corrêa: Pergunto se há algum estudo sobre o principal transmissor da buba na região visitada.

Prof. Samuel B. Pessoa: Tenho a dizer que, embora seja admitido como sendo os "Hippelates" os transmissores principais, não tenho notícia de que o Serviço referido tenha realizado qualquer pesquisa a respeito.

**Nova técnica para repasto sanguíneo dos mosquitos** — Drs. Aldino Schiavi e Alvaro A. de Carvalho Franco. Os autores apresentam uma técnica de repasto sanguíneo, eliminando o processo de rotina da picada em animal de laboratório, e consistente na introdução de sangue por via de alimento capaz de atrair o inseto naturalmente. Entre vários alimentos ensaios, o mel ou os melados de açúcar oferecem maior atração para esses insetos. Juntando o mel ao sangue humano ou de animais, foi obtida uma mistura homogênea, a qual, depositada em um pouco de algodão no tampo de filó ou em cápsulas dentro dos viveiros, foi bem aceita pelos insetos, os quais se apresentavam, logo depois, com o abdome inchado, como se apresentam quando alimentados por picada. Foi observado que o desenvolvimento dos ovários, nos exemplares dessecados, se processou naturalmente. Não rejeitaram essa alimentação e foi obtida a oviposição com "Culex sp.", "A. (N.) strobdei", "A. (N.) albifasciata" e "A. (K.) cruzi", mantidos em tubos para oviposição. Foram realizadas várias experiências, sendo que, em um lote de "A. (Kertezia) sp.", dividido em vários sublotes, foi obtida oviposição naqueles alimentados com mistura de sangue hu-

mano e mel, de sôro humano e mel, de sôro de cavalo e mel, e com alimentação mista de picada e mistura sangue-mel; por outro lado, não foi obtida oviposição no sublote testemunha, alimentado com mel aquoso. Terminaram os autores realçando a vantagem do método para formação de colônias de mosquitos, pela simplificação que traz na manipulação do repasto desses insetos.

Comentários: — Dr. Antônio Dácio Franco do Amaral: Pergunto se os autores tiveram ocasião de verificar a percentagem de eclosão e se a mistura de sangue e mel pode ser conservada em bom estado durante muito tempo, a fim de poder ser armazenada e usada progressivamente.

Dr. Renato Roberto Corrêa: Ressalto o fato de a alimentação exclusiva com mel não provocar oviposição, apesar de Neghme, no Chile, tê-la obtido em fêmeas de "A. pictipennis", alimentadas exclusivamente com essa substância.

Dr. Mauro Pereira Barreto: O trabalho apresentado vem ampliar a experiência adquirida com flebotomos, principalmente a espécie "F. Withmansi", o qual era alimentado previamente com uma solução açucarada a fim de estimular o apetite para o sangue, e assim o repasto sanguíneo se realizava mais regularmente. Shortt conseguiu a transmissão da "Leishmania donovani" pelo "F. argentipes", mediante a formação do bloqueio de leishmanias no inseto, sendo que o repasto açucarado favorece a formação desse bloqueio.

Prof. Samuel B. Pessoa: Nota que é interessante realçar o hábito comum entre os nossos anofelinos, de sugar o homem e outros animais. Isso explica a existência do anofelino residual, dos mosquitos que não sugam sangue humano e que atualmente não freqüentam as casas. Tal poderá se dar, no entanto, no futuro, quando cessar a aplicação de DDT e, com isso, a possibilidade de volta ao estado inicial do problema.

Dr. José Lima Pedreira de Freitas: Lembro-me que trabalho se-



PARA QUE FORÇAR  
um doente a tomar um  
REMÉDIO DESAGRADÁVEL

QUANDO É POSSÍVEL  
administrar outro igualmente  
EFICIENTE E DE BOM PALADAR?



(CITRATO DIIDROGENADO E BITARTRATO DE COLINA)

# HEPATROPICO

LÍQUIDO E DRAGEAS

# HEPATÓPICO

**XAROPE** (Inodoro e de sabor agradável)  
Citrato Diidrogenado de Colina  
Proteolizado integral de Fígado —  
Niacinamida

## DRÁGEAS

Bitartrato de Colina — Proteolizado integral de Fígado —  
Niacinamida

- 1) - **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA DE ORIGEM ALIMENTAR, TÓXICA OU INFECCIOSA;**
- 2) - **COMO ANTITÓXICO E DESINTOXICANTE**, acompanhando os tratamentos que podem alterar o parênquima hepático, tais como as sulfanilamidas, os antiúricos, bismúticos, vermisfugos, barbitúricos, antiprotozoários, etc.;
- 3) - **NO PRÉ E POST-OPERATÓRIO**, contra a ação nociva dos anestésicos e analgésicos;
- 4) - **NAS AFECÇÕES DAS VIAS BILIARES** (coleistite, icterícia, calcúlose);
- 5) - **NAS NEFROSES**, especialmente a nefrose lipoidica;
- 6) - **NA CIRRÓSE HEPÁTICA**, especialmente nas formas hipertróficas;
- 7) - **COMO REFORÇANTE À AÇÃO DA INSULINA**, cuja administração pode então ser reduzida no tratamento do diabete;
- 8) - **NA ESTEATOSE HEPÁTICA** que sempre acompanha as **FORMAS NEOPLÁSTICAS DO APARELHO DIGESTIVO** e, em geral, dos órgãos abdominais.
- 9) - **NO ALCOOLISMO CRÔNICO;**
- 10) - **NAS TOXEMIAS DA GRAVIDEZ;**

## D O S E S

Em todos os casos mencionados, com exceção do 5 e 6, será suficiente a dose diária de 2-3 colheres das de sobremesa, em meio copo de água, ou 8-10 drágeas.

## LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105 — Telefone 52-6910 — SÃO PAULO

RIO  
R. Buenos Aires, 17, 1.  
Fone: 43-9161

BELO HORIZONTE  
R. Rio de Janeiro, 195, 1  
Fone: 8-5097

CURITIBA  
R. Ermelino de Leão, 343  
Fone: 4637

melhante foi realizado na Europa por autores franceses, os quais alimentaram triatomídeos com sangue desfibrinado, sem contudo ter obtido maturação ovariana e oviposição.

Dr. Aldino Schiavi: Ao Dr. Antônio Dácio Franco do Amaral respondo que, embora não tenha calculado, posso responder que a percentagem de eclosão se aproxima de 100% em "A. (Kertszia) cruzi", chegando a ter, numa gaivota, 600 alados e mais cerca de 300

larvas. Quanto à conservação da mistura alimentar, ou o sangue pode ser conservado desfibrinado na geladeira, ou mesmo, a própria mistura sangue-mel. Atualmente, posso uma mistura de sangue de boi e mel que dura há cerca de 15 dias, à temperatura ambiente. Ao Dr. Renato Roberto Corrêa agradeço o comentário, pelo fato de não ter tido conhecimento anterior dos trabalhos do autor chileno sobre a influência do mel no desenvolvimento ovariano.

#### DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 7 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. João Batista dos Reis

**O conceito sobre a epilepsia, da escola de Montreal** — Dr. Paulo Pinto Pupo. Com o advento da eletrencefalografia, o conceito jacksoniano de que a crise epiléptica é uma descarga de energia neuronal teve uma comprovação integral e o estudo da epilepsia clínica recebeu novo e grande impulso. A Escola Neurológica de Montreal, com Penfield e Jasper à sua frente, em dois decênios de trabalho cotidiano com epilepticos, pôde arquitar um conceito inteiramente dinâmico sobre a epilepsia. Com o auxílio da eletrencefalografia clínica e experimental, estes autores puderam demonstrar que a descarga elétrica da crise epiléptica é igual, qualquer que seja a zona cerebral — cortical ou subcortical — em que tenha origem. As diferenças clínicas das crises dependem das diferenças de função das áreas em que tenham origem e de sua propagação. Deste modo, a crise epiléptica bravais-jacksoniana (sômato-sensitiva, sensorial ou psíquica), o pequeno mal epiléptico, o ataque psicomotor e o grande mal epiléptico têm uma fisiopatologia idêntica de início. Na crise bravais-jacksoniana a descarga elétrica cortical pode permanecer focal ou, quando suficientemente intensa, se transmitir aos mecanismos diencéflicos (sistema reticular tálamo-hipotalâmico) que regulam o funcionamento cerebral e fazer eclodir as distritmias

bilaterais difusas. Paralelamente a isto, se dá a perda de consciência (fenômeno de inibição cortical) e a generalização, produzindo a crise do grande mal epiléptico. Na epilepsia de tipo pequeno mal, ao contrário, a eclosão das distritmias bilaterais difusas é o primeiro sinal eletrencefalográfico, assim como a perda de consciência é a primeira manifestação clínica. Aqui a descarga se deu originariamente em centros diencéflicos profundos. A crise convulsiva de tipo grande mal pode também ser fenômeno mictal ou prover de uma manifestação bravais-jacksoniana, de uma crise tipo pequeno mal ou de uma crise psicomotora. Esta traduz o envolvimento primário ou secundário daqueles reguladores diencéflicos já mencionados.

Assim, as características clínicas como as eletrencefalográficas e também as experimentais (epilepsia produzida em gatos e macacos por excitação elétrica de núcleos do sistema reticular tálamo-hipotalâmico) são concordantes em que a crise epiléptica é devida à ativação de sistemas diencéflicos que regulam a função cortical. A epilepsia idiopática seria devida a distúrbios congênitos desse sistema, o que lhe daria anormal habilidade para reagir convulsivamente. A epilepsia sintomática seria devida a lesões cerebrais adquiridas ou a fatores endógenos ou exógenos que ativam secundá-

riamente aquêles sistemas centrais. O diagnóstico diferencial entre uma e outra é a primeira etapa no diagnóstico em cada caso de epilepsia. Uma anamnese completa objetivando particularmente o tipo clínico da crise e o exame eletrencefalográfico detalhado, simples ou ativado, possibilitam esse diagnóstico em 9% a 95% dos casos. O exame radiológico do crânio e o pneumencefalograma confirmam, na maioria das vezes, o diagnóstico da lesão cerebral focal. Sómente o diagnóstico de epilepsia sintomática em um paciente, livrando-o e à família do estigma que que representa a palavra "epilepsia", na conceituação de mal hereditário, já é compensação suficiente para toda essa investigação semiológica.

A terapêutica deve ser orientada no sentido etiológico em primeiro lugar e, secundariamente, no combate às manifestações, procurando medicamentos que elevem o limiar da excitabilidade focal e, ao mesmo tempo, dificultem a condução da energia de descarga aos centros vizinhos e profundos. A experiência mostra que o tipo destas descargas no eletrencefalograma orienta na escolha dos medicamentos. As descargas corticais do neopallium são combatidas com os hidantoínados, as corticais por condução (crises de tipo grande mal isoladas) com barbitúricos e hidantoínados, as do archipallium com fenurona e as do diencéfalo com tridione (crises psicomotoras). Ao lado disso, a terapêutica deve visar o doente epiléptico como um todo, procurando afastar os cofatores somáticos (infecciosos, tóxicos) e psíquicos (emocionais) capazes de desencadear crises. O problema psicológico deve ser cuidadosamente encarado, procurando-se proporcionar aos pacientes, por intermédio de serviços psiquiátricos e sociais bem organizados, um ambiente familiar e de trabalho compreensivo às suas condições, assim como procurando afastar dêle o complexo de doença e reorientando-o social e profissionalmente.

**Comentários:** — Dr. Affonso Sette Junior: Desejo saber se o conceito exposto é baseado sómente nos fatores apresentados ou se também em outros, como sejam a questão androgénica, a existência de antecedentes hereditários ou de constituição de Manz.

Dr. Mario Yahn: Tenho verificado que a leucotomia permite obter, em muitos casos de epilepsia, resultados favoráveis e imediatos, principalmente nos casos mais graves. Apesar dos autores norte-americanos não concordarem, tenho usado esse processo, às vezes em doentes que já se haviam submetido, sem resultado, a vários outros tratamentos. Para esse efeito julgo que a leucotomia frontal é melhor do que a temporal.

Dr. Antonio Branco Lefévre: Tenho lido alguns trabalhos recentes a respeito da relação entre a epilepsia e as convulsões infantis. No entanto, não vi trabalhos da Escola de Montreal a respeito e gostaria de saber qual é a opinião que lá fazem sobre a possível relação entre as chamadas convulsões benignas da primeira infância e os futuros casos de epilepsia. Desejo saber, também, qual a melhor época para indicar o eletrencefalograma em crianças que tiveram convulsões infantis, de modo a que se possa tirar informação segura sobre a possibilidade do desencadeamento de uma futura epilepsia. Quanto à etiologia, creio que os traumas obstétricos devem ser fatores freqüentes no desencadeamento das chamadas convulsões benignas das crianças, já que hoje se procura relacionar êsses traumas com futuras epilepsias.

Prof. Paulino Longo: Gostaria de saber alguma coisa sobre a epilepsia reflexógena e onde ela se situa segundo a Escola de Montreal.

Dr. Paulo Pinto Pupo: Respondo primeiro ao Prof. Paulino W. Longo informando que, durante a minha estadia no exterior, não tive oportunidade de ouvir comunicações particularizadas a esse respeito; contudo, pelo conjunto das discussões que ouvi, quer-me parecer que Penfield e Jasper dão

ALGO DE NOVO EM PENICILINA ?

# PONDICILINA !

Deliciosas balas com sabor de fruta, contendo cada uma 20.000 UNIDADES DE PENICILINA G POTÁSSICA SOLUVEL indicadas na profilaxia e tratamento das infecções buco-faríngeas. Graças às altas concentrações que produz a PONDICILINA, a sua ação bacteriostática local perdura, no mínimo, duas horas após a sua administração.

Apresentação: em frascos de 12 unidades.



*Fontoura-Wyeth*

R. Caetano Pinto, 129 - S. Paulo - Brasil

muita importância à sensibilidade individual dos sistemas cerebrais para reagir com convulsão. Muitos indivíduos têm o fator reflexógeno, mas poucos sofrem de epilepsia reflexógena. É o mesmo que se dá com os indivíduos, aliás raros, que apresentam convulsões durante a insulinoterapia de Sakel. A experiência de Maffei em Juqueri mostra que esses indivíduos apresentam nítida assimetria de desenvolvimento do rinencéfalo e de núcleos talâmicos e hipotalâmicos, justamente aqueles correspondentes ao sistema regulador reticular talamo-hipotalâmico que mencionei. Ao Dr. Lefèvre tenho a dizer que, quanto à idade em que é indicado o eletronecefalograma, creio que, praticamente, em todas as idades é possível fazê-lo. Sob o ponto de vista das convulsões benignas infantis, não tenho de memória a estatística de Montreal, mas o material que vi lá era quase todo focal; praticamente todas as crianças com convulsões tinham lesão focal. Aliás, a incidência de casos

de epilepsia idiopática no Montreal Neurological Institute é pequena, dado que para lá são encaminhados casos já suspeitados de epilepsia focal; trata-se, portanto, de material clínico até certo ponto selecionado. É muito interessante a experiência do Dr. Mário Yahn com a leucotomia frontal e temporal; agora, com a semiologia eletronecefalográfica, talvez seja possível fazer leucotomias mais precisas. Penso que a melhoria clínica em muitos de seus casos possa ser explicada pela secção de vias anatômicas que unem as áreas patológicas dos sistemas reguladores diencefálicos, dificultando, desse modo, a sua ativação e a consequente generalização do ataque epiléptico. Ao Dr. Affonso Sette Junior tenho a dizer que a disritmia bilateral sincrona significa patologia de um sistema; ela faz o diagnóstico da epilepsia idiopática. A natureza íntima do distúrbio desse sistema — aliás, reconhecidamente hereditário — está para ser conhecida.

#### DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, em 10 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Daher E. Cutait

**Cicatrização das feridas. Aspectos cirúrgicos** — Dr. Nicolau Moraes Barros Filho. Estes comentários são limitados às feridas, acidentais ou cirúrgicas, recentes e não complicadas. Serão analisados, apenas, os fatores locais relacionados com a cicatrização, pois que fatores gerais serão estudados por outros. A capacidade de cicatrização é inerente a todo organismo vivo, e constitui um processo biológico fundamental que goza de alto grau de prioridade em relação a outros fenômenos biológicos. A cicatrização é processo já perfeitamente conhecido sob todos os seus aspectos morfológicos, e sob muitos de seus aspectos bioquímicos, físico-químicos e funcionais. Ela se processa em duas fases: uma desassimilativa ou exsudativa, outra assimilativa ou proliferativa (brotos vasculares fibroblastos, colágenos). Estudos sobre a re-

sistência da cicatriz demonstram que, durante a fase exsudativa, a resistência da cicatriz é praticamente nula; ela depende exclusivamente do poder de acolamento da fibrina (que é desprezível) e da resistência tênsil do fio de sutura eventualmente empregado. Durante a fase proliferativa a resistência aumenta rapidamente, atingindo o auge entre 12 e 14 dias. Isto, com relação às feridas não complicadas. Portanto, do ponto de vista cirúrgico, a fase exsudativa é essencialmente negativa, e o objetivo do cirurgião consiste em reduzir ao mínimo a intensidade e a duração da fase exsudativa, bem como estimular ao máximo a fase proliferativa. Para conseguir este objetivo, o cirurgião deve observar alguns preceitos, que são fundamentais:

1) Reduzir a contaminação da ferida ao mínimo — O enunciado

deste preceito baseia-se na premissa de que toda a ferida, cirúrgica ou accidental, é sempre contaminada; a sua execução prática exige a observância de todos os detalhes da técnica de assepsia e antisepsia. Vamos comentar apenas alguns destes aspectos: a) Emprego de antissépticos químicos. Noção fundamental é que ainda não dispomos de um antiséptico ideal, isto é, que tenha ação deletérea sobre as bactérias e, ao mesmo tempo, poupe a vitalidade das células do organismo. Isto nos leva à conclusão que o emprego dos antissépticos químicos deve ser reservado exclusivamente para a pele e que o seu uso em superfícies cruentas é contraindicado. A limpeza das superfícies cruentes deve ser feita apenas pela ação detergente do sabão. Quanto à escolha do desinfetante a ser usado na pele, o fato nos parece de importância secundária. Pessoalmente, damos preferência ao álcool e ao iodo, mas estamos convencidos de que o que interessa não é o tipo de desinfetante empregado, mas sim a maneira pela qual é usado. Com efeito, constitui espetáculo francamente paradoxal o fato do cirurgião ficar durante 10 minutos escovando suas mãos com água e sabão, desinfetá-las com álcool, calçar luvas esterilizadas para, a seguir, se contentar com uma pincelada rápida de um desinfetante qualquer para assepsia da pele do paciente; ou ele está lavando demais as suas mãos, ou de menos a pele do doente... Em conclusão, é fundamental que o emprego dos antissépticos químicos na pele, seja precedido pela limpeza insistente e prolongada com água e sabão. b) Emprego de agentes quimioterápicos e antibioticos. Apesar da legião de trabalhos recomendando as sulfamidas, por via local ou geral, como preventivas de infecção e, portanto, como agentes favoráveis à cicatrização, não estamos convencidos que essa ação benéfica seja real e desaconselhamos o seu emprego com essa finalidade. O mesmo não se pode dizer em relação à penicilina, cujos benéficos

têm sido demonstrados; o seu emprego como preventivo de infecções constitui, hoje, quase uma rotina. Acaba de entrar no cenário a bacitracina, um novo antibiótico que parece oferecer grandes possibilidades.

2) Reduzir ao mínimo a quantidade de tecidos desvitalizados na ferida — Nas feridas accidentais, traumáticas, deve-se proceder ao reavivamento, isto é, à revisão cuidadosa, com excisão de todos os tecidos com vitalidade duvidosa. Nas feridas cirúrgicas, deve-se adotar uma técnica atraumática, que permita poupar ao máximo a vitalidade dos tecidos. Um assunto que se prende diretamente à observância deste princípio é o que se refere à escolha do fio de sutura: acompanhando a evolução dos cirurgiões modernos para os fios inabsorvíveis, damos preferência ao algodão, que vimos empregando há muitos anos com resultados nitidamente superiores aos que obtinhamos quando empregavamos o catgut.

3) Imobilização e repouso da ferida — Este item dispensa comentários.

4) Estimular a fase proliferativa — A observância dos princípios que acabamos de enumerar, tem como consequência reduzir a intensidade da fase exsudativa; no entanto, mesmo em condições que se aproximem das ideais, ainda não conseguimos eliminar a fase exsudativa, que tem uma duração de 3 ou 4 dias. O mesmo se pode dizer com relação à fase proliferativa: com efeito, uma vez iniciada esta fase não dispomos, no momento atual, de nenhum recurso que permita apressar a proliferação celular. Em condições favoráveis, a proliferação dos fibroblastos se processa dentro de um ritmo que poderíamos considerar "normal" e que não conseguimos, de nenhum modo, acelerar. O emprego de substâncias com supostas propriedades "cicatrizantes" não repousa em bases científicas; trata-se geralmente de conclusões basadas em impressões subjeti-

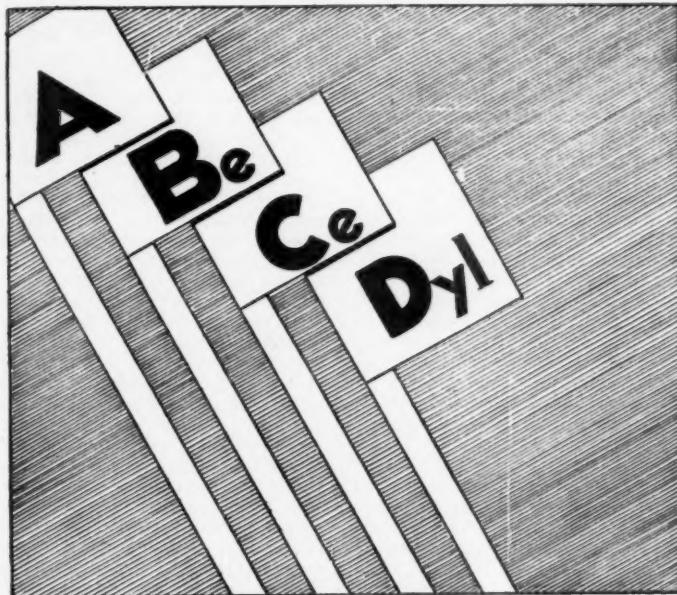
vas e que pecam pela falta de controles adequados. Os trabalhos feitos com rigor científico, como os que analisam os efeitos de diferentes dogas sobre zonas doadoras de enxertos cutâneos, tirados com dermátomos, e em áreas simétricas de um mesmo paciente, chegam a resultados completamente negativos: nenhuma substância experimentada tem mostrado qualquer vantagem sobre a vaselina neutra...

Em conclusão, o processo de cicatrização, dentro de nossos conhecimentos atuais, não pode ser apressado; entretanto, existem numerosas causas, locais e gerais, que podem interferir, retardando-o ou memo inibindo-o. Compete ao cirurgião "criar" e manter as condições ótimas para a cicatrização, evitando e controlando todos os fatores que podem interferir com a evolução deste processo biológico normal. Esta mesma conclusão se continha nos ensinamentos de Paracelsus que, há mais de 4 séculos, dizia: "todo cirurgião deveria saber que não é ele mas sim a natureza que cicatriza as feridas..."

**Cicatriz. Considerações gerais** — Dr. J. Rebelo Neto. O problema da cicatriz é de magna importância para o cirurgião plástico, que procura ocultá-la o mais possível criando vias de acesso apropriadas ou aprimorando ao máximo a sua técnica quando as aborda cirúrgicamente. O problema, longe de estar resolvido, encerra algumas questões que poderiam ser estudadas com auxílio da experimentação, a começar pela idéia, quase utópica, de fazer desaparecer totalmente a cicatriz. Há muitas incógnitas a resolver, apesar da legião de pesquisas através de copiosa bibliografia. Se o organismo humano constroi sem marcas, um dia poderemos copiá-lo efetuando operações isentas de cicatrizes. Outros pontos desejão salientar: 1) Os modos práticos aplicáveis ao nosso meio, para ativar o trabalho de reparação, ou melhor, para eliminar as causas de atraso na cicatrização; 2) O estu-

do da causa de certas alterações tróficas que se produzem, a partir de 10 a 12 meses, em cicatrizes resultantes de operações impecáveis e que não devem ser confundidos com o "alargamento" da cicatriz; 3) As cicatrizes dos meios translúcidos, abolindo ou apagando as leucoplasias corneanas; neste particular, os trabalhos de Pickrell e Clark, devem ser aplicados ao nosso meio; 4) As alterações de pigmentação das cicatrizes, que vão da acromia total a uma hiperpigmentação por vezes bizarra, especialmente após a extirpação de nevos pigmentares, fato também apontado e estudado infrutiferamente por vários autores; 5) O combate aos fenômenos subjetivos de certas cicatrizes, especialmente as resultantes de queimaduras e que constituem, na prática, às vezes, moléstia maior que a própria queimadura; 6) Finalmente, lembro o problema do quelóide e das cicatrizes hipertróficas, espantalho da cirurgia plástica. Insisto em aconselhar a aplicação da irradiação imediatamente depois da extirpação de um dos quelóides no caso de existirem muitos espalhados por várias regiões do corpo. Com muita frequência bastam as irradiações na região operada, para que os outros quelóides se deu na região cervical. Tenho notado, também, que a irradiação não precedida de atuação cirúrgica ou é inativa ou só atua quando empregada em doses muito maiores.

**Radioterapia das cicatrizes** — Dr. Mathias Otávio Roxo Nobre. O autor estudou a indicação da radioterapia nas cicatrizes viciosas, considerando respectivamente as formas retráteis, as formas hipertróficas e os quelóides. Depois passou em revista as condições predisponentes para malformações de reparação — localização das lesões, linha de incisão, retração das suturas — salientando a importância do problema das queimaduras que evoluem, além do mais, como lesões pré-cancerosas. O autor não aconselha o uso da radioterapia como medida profilática para a fibrose cicatricial; por

**A B E C E D Y L**

VITAMINAS SAIS MINERAIS

DESNUTRIÇÃO  
CARENÇIAS  
GRAVIDEZ  
ALEITAMENTOPROVITAMINA A  
VITAMINA B1  
VITAMINA B2  
VITAMINA PP  
VITAMINA C  
VITAMINA D2  
CÁLCIO  
FÓSFOROGRÂNULOS  
COLORIDOS  
EM VIDRO  
COM 125 g.SARSA  
LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

ABE F-1

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

esta razão julga aconselhável a observação da evolução das cicatrizes, antes do inicio do tratamento, que não precisa ser feito nas primeiras horas depois das intervenções plásticas. Depois de reafirmar o ponto de vista geralmente aceito de que os Raios X podem ser considerados um tratamento específico de fibrose recente e do quelóide, mencionou alguns dados de interesse técnico.

**Alterações metabólicas e endócrinas desencadeadas pelo trauma cirúrgico. Seus efeitos na cicatrização e recomposição dos tecidos** — Dr. Emilio Mattar. O trauma cirúrgico atua, no organismo, como um estímulo alarmante, acarretando uma série de reações sistêmicas, inespecíficas, próprias da exposição súbita do organismo a agentes para os quais ele não se encontra adaptado. Nesta reação distinguem-se dois estádios, o do choque e o do contrachoque. O primeiro corresponde, em sua expressão mais avançada, ao quadro clínico a que se convencionou designar como choque ou colapso circulatório. Deve-se mencionar, no entanto, que, em suas expressões mais discretas, o estádio de choque pode não se manifestar por fenômenos clínicos, caracterizando-se então por alterações metabólicas específicas. Estas são, pois, as fundamentais que sempre se desencadeiam ainda quando o estímulo não é de intensidade tal que leve ao quadro de choque avançado. As principais alterações metabólicas são hipoglicemias, diminuição do glicogênio hepático, aumento do catabolismo protéico, redução da taxa de seralbúminas, hiponatremia, hiperpotassemia, diminuição do volume extracelular e plasmático. A duração e a intensidade da fase de choque são variáveis, seguindo-se a fase de contrachoque, na qual boa parte das alterações metabólicas se opõe à da fase de choque. Assim, aparece hiperglicemias com aumento do glicogênio hepático, retenção de sódio e cloro com aumento do volume de líquido extracelular e do plasma, aumento da excreção do

potássio. No entanto, no que se refere ao metabolismo protéico, na fase da contra-choque se acentuam as alterações próprias da fase de choque, sobretudo a predominância do catabolismo protéico. Enquanto a fase de choque da reação de alarme caracteriza-se por muitas das perturbações metabólicas que definem uma insuficiência suprarrenal, a de contrachoque corresponde bem ao que se observa quando se estimula esta glândula por meio de administração de hormônio corticotrópico. De fato, os estudos de Selye mostraram ser esse o mecanismo pelo qual aparece a fase de contrachoque. O estímulo produz liberação exagerada de adrenalina com resposta hipofisária, secundária expressa por aumento da secreção de hormônio corticotrópico e consequente hiperfunção suprarrenal no que se refere à secreção de corticóides com baixa de produção dos 17-cetosteróides. Browne demonstrou, em primeiro lugar, o enorme aumento de corticóides urinários consequente a intervenções cirúrgicas variadas, inclusive simples apedectomias. A negativação do balanço protéico nas mesmas condições foi demonstrada primeiramente por Cuthbertson e, em seguida por grande número de autores. Nas experiências de Schenker foi demonstrada muito diversa, tais como processos infecciosos (inclusive os simples resfriados), traumas cirúrgicos, queimaduras ou hemorragias. A intensidade das perdas protéicas, correspondendo presumivelmente à destruição de tecidos, foi demonstrada nos balanços realizados por Howard, nos quais a perda de proteínas foi, em média, superior a 1 000 g. Nestes casos, a duração do balanço negativo de proteínas excede a 4 semanas. A estas perdas protéicas devem ser acrescentadas as que se processam através de exsudações próprias das intervenções ou dos processos pelos quais se fez a operação. Os dados das observações de Co Tui mostraram perdas enormes por exsudação, que chegaram a atingir 60 g. diárias

Proteção



# TRANS PULMIN

*Solução oleosa à 3% de quinina básica, cânfora e óleos etéreos.*



Para a quininoterapia parenteral e indolor das afecções inflamatórias das vias respiratórias:

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco - pneumonia, bronquiectasia, abcesso pulmonar, etc.

Profilaxia da pneumonia post-operatória.

#### APRESENTAÇÃO:

Caixa com	3	ampolas de	1,2	cm <sup>3</sup>
" "	6	" "	" "	"
" "	12	" "	" "	"
" "	75	" "	" "	"
" "	250	" "	" "	"



•  
*Farmaco Ltda*

Rua Dom Gerardo, 42 - 2.º

TELEFONE 23-2610

CAIXA POSTAL 3107

RIO DE JANEIRO

de proteinas num caso de drenagem de abscesso de pulmão. Isto corresponde a quase um litro de plasma e ao teor protéico diário de dieta da maioria dos indivíduos normais. Estas perdas podem ser reduzidas, mas dificilmente inteiramente contrabalançadas, por meio da administração de quotas elevadas de proteinas, tal como se obtém no pós-operatório injetando soluções de aminoácidos e plasma. Como as proteinas constituem o material plástico fundamental das cicatrizações e reconstituições de tecidos, esta perda de proteinas pareceria representar um processo nocivo ao organismo operado. Uma alternativa seria a de que a destruição protéica tão acentuada no pós-operatório teria a finalidade de fornecer aminoácidos que iriam ser utilizados ao nível da cicatriz e dos tecidos extirpados e seria, pois, um processo útil para a recomposição dos tecidos e para a cicatrização. Alguns argumentos a favor desta última interpretação baseiam-se sobretudo no estudo da resistência tênsil da cicatriz e a demonstração de que esta é maior quando se injetam corticóides, que exageram a destruição de proteinas, e menor quando se administra testosterona, que inibe o catabolismo protéico. Também a favor desta interpretação falam as observações de Howard de que o balanço negativo da reação de alarme não significa necessariamente destruição celular, podendo indicar desdobramento das chamadas proteinas de depósito, das quais se

originariam, então, os aminoácidos necessários à formação de tecido cicatricial. De qualquer forma, é de se assinalar que a reação de alarme longamente mantida leva a destruições tissulares grandes e, nesse caso, a perda de proteinas pode ser excessivamente grande, e prejudicial ao organismo. Tal sucede nas queimaduras, na imobilização prolongada após fraturas, etc.

E' evidente que as alterações metabólicas consequentes ao trauma cirúrgico não se restrinjam ao metabolismo protéico. No entanto, sendo este o mais importante por considerar o material plástico por excelência dos tecidos, a ele dedicamos todo o tempo que nos foi permitido, demasiado curto para a apresentação de todo o problema. A intensidade, e a importância do comprometimento de outros setores do metabolismo podem ser facilmente avaliadas nas experiências de Browne sobre o balanço de vitamina C após traumas; para manter a taxa sanguínea normal de vitamina C, bem como certo nível de excreção urinária, havia necessidade de administrar 5 a 6 g. de ácido ascórbico, o que representa mais ou menos a taxa suficiente para saturar de vitamina C um organismo com escorbuto declarado. Este e muitos outros aspectos do problema demonstram a necessidade de prosseguir nesta série de investigações relacionadas com a recomposição de tecidos após a atuação de diferentes agentes alarmantes.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, em 30 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Abrahão Rotberg

**Elefantise do membro inferior. Tratamento pela dermo-fibrolipectomia circular seguida de enxerto livre de pele — Dr. Roberto Farina.** A elefantise tem sido considerada como incurável. Acreditamos, entretanto, que esta entidade clínica é de solução segura e relativamente fácil. A elefantise pode ser considerada como quadro

terminal do linfoedema. Os quadros elefantásicos são o resultado da intercorrência de surtos infeciosos repetidos em um membro já linfoedematoso. Estas agressões infeciosas acabam por transformar o processo linfoedematoso em processo francamente fibromatoso. O quadro clínico que acompanha estes surtos infeciosos se

traduz por mal-estar geral, prostração, hipertermia, calafrios, podendo, em alguns casos, provocar septicemia e morte. Nesta fase o paciente refere dor no membro lesado, o que o reduz a um estado de semi-invalidez. Estabelecida a elefantise, parece-nos que só há uma conduta terapêutica realmente eficaz e segura: é a dermo-fibro-lipectomia circular do membro elefantásico, seguida de enxerto livre da pele do tipo intermediário superficial. Esta orientação terapêutica, relativamente nova, tem como fundamento: 1) o fato de ser a elefantise um processo fibromatoso definido e irreversível; 2) o fato de ser mediocre o resultado obtido com os outros meios empregados, quer clínicos, quer cirúrgicos; 3) a base fisiopatológica do processo.

Notamos, num membro elefantásico, um círculo vicioso. De fato, a estase linfática constitui ótimo meio para a proliferação microbiana. Dai, os surtos infeciosos repetidos que acometem o membro doente. Por sua vez, tais surtos, com suas repercussões linfangíticas e celulíticas, agravam, cada vez mais, o sistema linfático. A consequência imediata é o aumento do linfoedema, com maior proliferação conectiva, facilitando o aparecimento dos surtos erisipeloides, e assim por diante. A nossa atuação se resume em romper esse círculo, procurando simultaneamente reduzir o volume do membro a dimensões praticamente normais. Para tanto, procedemos à remoção completa e total de todo tecido patológico que se limita às partes supra-aponeuróticas: é a decorticação cirúrgica, ou seja, a dermo-fibro-lipectomia circular da perna ou de todo membro. As vantagens decorrentes dessa conduta terapêutica, que acreditamos encerra o capítulo do tratamento das elefantises, são: 1) redução do volume do membro a dimensões praticamente normais; 2) eliminação dos surtos erisipeloides; 3) não interferência com a deambulação do doente, que se mantém normal; 4) melhora do aspecto estético; 5) nenhuma per-

turbação de ordem focal ou geral para o paciente.

Sendo a elefantise o quadro terminal do linfoedema e podendo coexistir com este, devemos fazer algumas considerações a respeito do tratamento do linfoedema, tratamento que pode ser clínico e cirúrgico. Clínicamente, o tratamento consiste em repouso absoluto, conservação do membro elevado, aplicação de bandagens compressivas, etc.; cirúrgicamente, os resultados obtidos até bem pouco tempo eram precários. Parece, entretanto, que o tratamento do linfoedema, como propôs Gillies, tem, até certo ponto, fundamento lógico, ainda que não pareça definitivo. Este autor considera as linfogândulas inguinais responsáveis pelo linfoedema do membro inferior. Para drenar esta linfa, ele transplanta um grande retalho de pele do membro superior para a região tóraco-podálica, de modo a passar em ponte sobre a arcada inguinal; com isso, visava derivar a linfa para uma região assistida por linfogândulas integrais (axilares). Mowlem também refere bons resultados com esse método, que chama de "ponte linfática". Evidentemente, a ponte linfática só encontra indicação nos casos de linfoedema reversível, isto é, nos casos em que, pelo repouso com membro elevado, se consegue redução do volume do membro a dimensões praticamente normais. Apesar dos resultados práticos obtidos por esses autores, Blocker chama o método de "antifisiológico". De fato, parece haver certa incongruência entre a base fisiopatológico do método, com os resultados experimentais obtidos por certos autores em anima vili. Se a regeneração linfática fosse abundante e precoce como afirmam esses autores, por que não se formam espontâneamente vias de suplência a fim de drenar a linfado membro inferior para o tronco? A resposta poderia ser dada negando-se a patogenia invocada para o linfoedema, isto é, da obstrução das linfogândulas e mesmo dos coletores maiores do membro. Assim considerado, qual seria o mecanismo da



Prometeu — segundo a Mitologia — roubou o fogo do Ceu para com ele animar os homens, sendo, por isso, acorrentado ao Monte Cauca, onde uma águia devorava seu fígado, que continuamente se refazia.

Moderna fase na terapêutica anti-tóxica, com resultados eficientes, pelo emprego da fração anti-tóxica associada à xantina, à metionina e aos fatores lipotrópicos, na nova apresentação do

# XANTINON

## AMPOLAS

	2 cm <sup>3</sup>		5 cm <sup>3</sup>
Xantina .....	0,0005	Xantina .....	0,00125
Metionina .....	0,008	Metionina .....	0,020
Cloridrato de Colina ..	0,05	Cloridrato de Colina ..	0,050
Fração L. de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel .....	1 cm <sup>3</sup>	Fração L. de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel .....	2,5 cm <sup>3</sup>
Fatores lipotrópicos hepáticos Q. S. ..	2 cm <sup>3</sup>	Fatores lipotrópicos hepáticos Q. S. ..	5 cm <sup>3</sup>

## DRÁGEAS

Fórmula por Drágea	
Lipocaico (equiv. a 5,0 de pâncreas) .....	0,100
Metionina .....	0,100
Inotisol .....	0,050
Cloridrato de Colina ..	0,020
Sulfato de Manganês ..	0,002
Concentrado de fígado (Fração alcool inso- lúvel equivalente a 5,0 de órgão fresco ..	0,050
Excipiente q.s. para ..	0,330

**INDICAÇÕES.** — Desintoxicante nos tratamentos sulfonamídicos, arsenobenzois e demais medicamentos de ação tóxica. Nos processos de degeneração gordurosa do fígado, proveniente de afecções tóxico-infeciosas. No pré e post-operatório. Insuficiência hepática em geral. Estados alérgicos. — Medicação lipotrópica.



## LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & Cia. Ltda.

Rua Conde do Pinhal, 52 — Rua Tamandaré, 553 — SAO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais estados.

Depósitos { Rio de Janeiro  
Porto Alegre  
Belo Horizonte

Consultores científicos:  
Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro  
Prof. Dr. Genesio Pacheco

estase linfática? Difícil é a resposta. A teoria mecânica da obstrução linfática não pode ser afastada depois das experiências de Drinker e colaboradores. Estes autores injetavam, na luz dos linfáticos do membro inferior, suspensão aquosa de silíca e solução de quinina, que eram retidas nos gânglios, provocando proliferação das células reticulos-endoteliais e do tecido conectivo. O resultado era a estase linfática permanente do membro. Ora, se apesar de ser rápida e neoformação linfática, persiste o linfoedema, não nos resta outra solução se não procurar derivar a linfa pelo recurso da "ponte linfática". É verdade que, existindo muitas analogias entre os sistemas linfático e venoso sob múltiplos aspectos, deveria estabelecer-se circulação linfática colateral entre a raiz do membro e tronco, da mesma forma que ocorre para o sistema venoso (Allen). Contudo, parece que isso não se verifica.

Estabelecida a via linfática de suplência, como se daria a drenagem da linfa estagnada no membro inferior? Segundo Rouvière e Valette, a linfa normalmente segue uma única direção, dada pelo conjunto de válvulas. Encontrando obstáculo à sua passagem (barreira ganglionar), a linfa procura sobrepujá-la por um dos mecanismos seguintes: 1) seguindo a direção oposta à normal, isto é, "sentidos retrógrados" (vias paradoxais de Funaoka e colaboradores) até encontrar anastomoses que unem esse coletor a outro cuja progressão ainda se faz normalmente; 2) por casos linfáticos neoformados que, partindo da terminação do linfático aferente, tornam o gânglio afetado, para alcançar o linfático eferente desse mesmo gânglio ou de outro. Da mesma forma, pela interrupção de um coletor linfático aparecem sempre vias de suplência que compensam a via interrompida. Esta su-

plência é garantida por: 1) vias colaterais acessórias pré-existentes; 2) reparação da via linfática normal; 3) desenvolvimento de vaso inteiramente neoformados. Ora, admitindo-se que, apesar de todas essas possibilidades, o retorno linfático seja insuficiente, o retalho de pele transplantado para a coxa estabelecerá anastomoses com os linfáticos permeáveis, qualquer que seja o sentido da corrente, normal ou retrógrado. Passando, em seguida, em ponte, sobre as linfoglandulas inguinais, a outra extremidade do retalho por-se-á em comunicação com a rede linfática que drena seu conteúdo para um grupo ganglionar íntegro (axilar, subescapular). Não acreditamos ser necessário longo retalho como recomendam certos autores (Gilles, Mowlem) de modo a ficar com sua extremidade superior na região torácica ou epigástrica. Deve bastar um retalho que se estenda do hipogástrio à coxa. De fato, o limite que separa as redes linfáticas cutâneas da parede tóraco-abdominal de modo a fazer convergir seu contúdo para os gânglios axilares ou inguinais, passa, anteriormente, pelo umbigo e, posteriormente, por um ponto situado acima do disco que separa os corpos das 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> vértebras lombares (Rouvière). Para Kihara, esse limite é dado por uma horizontal que passa pelas extremidades da 12.<sup>a</sup> costela. Ora, a linfa que da parede abdominal se dirige às linfoglandulas inguinais, encontrando obstáculo à sua passagem, segue direção oposta (vias paradoxais de Funaoka e colaboradores), alcançando, muito provavelmente, os gânglios axilares e subescapulares, senão também, os mamários internos ou os linfáticos do fígado e bexiga. Foi o que fizemos num dos casos aqui apresentados, transplantando grande retalho abdominal cujo pedículo superior ficou ao nível da cicatriz umbilical.

**Não esqueça o BCG para o recém-nascido**

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, em 13  
de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Affonso Bianco

**Mixedema circunscrito tiretóxico**

— Drs. Luis Marino Bechelli, Fernando Lecheren Alayon, José Augusto Soares e G. Merlino. Os autores apresentaram um caso dessa rara enfermidade, em doente de 38 anos de idade, com hipertireoidismo. A afecção surgiu nas pernas, oito meses após o inicio de bocio exoftálmico, manifestando-se por edema e nódulos eritematosos, cedendo aquêle e persistindo os últimos. Na perna direita existe grande placa eritematosa infiltrada, tomando os dois terços inferiores e estendendo-se em forma de um triângulo, cujo vértice se dirigia para o joelho e a base para o dorso do pé, atingindo, portanto, a tibia e as faces anterolaterais da perna. Esta placa resultava, em grande parte, de confluência de nódulos que faziam saliência em sua superfície, notadamente em sua parte inferior. Os nódulos eram um tanto consistentes, eritematosos. Os limites das placas eram imprecisos, demarcados em muitas partes por nódulos; em outros pontos elas se continuavam quase imperceptivelmente com a pele normal. A palpação não determinava dor alguma e a pressão digital deixava apenas ligeiro "golet". Na perna esquerda existiam nódulos na metade inferior, sobre a tibia e faces anterolaterais, com o mesmo aspecto e características dos da perna direita; elas eram confluentes, não formando, porém, uma placa única como ocorria na perna direita. Os característicos histopatológicos correspondiam aos já descritos (presença de mucina no córion); foi o exame histopatológico que permitiu o diagnóstico da afecção. Os autores teceram comentários sobre a denominação, frequência, patogenia, sintomatologia, evolução e terapêutica do mixedema circunscrito tireótico.

**Comentários:** — Prof. João de Aguiar Pupo: Esta observação vem demonstrar que há necessidade de maior intercâmbio entre os clínicos e os dermatologistas. A originalidade da observação, com o brilho do diagnóstico, é uma consequência da aproximação intelectual entre os serviços de medicina geral e especializada que existe no Hospital das Clínicas. O estudo histológico tem muita importância, porque adverte os clínicos, em casos de moléstia de Basedow, a darem importância à parte cutânea. Tenho visto fatos curiosos, desde que o Dr. José de Alcântara Madeira levantou a questão de que a alopecia seria uma fórmula dissimulada de hipertireoidismo. Passando a investigar o assunto, vi que os doentes de pelada apresentavam três aspectos, no que diz respeito ao equilíbrio tireóideo. Há uns que não apresentam qualquer alteração no metabolismo de base; estes são os casos mais graves, mais irredutíveis; são as formas de pelada que se tornam descalvantes, que se tornam perenes. Raros são os casos de déficit nas funções da tireoide reveladas pelo metabolismo de base, e freqüentes são os casos com aumento do metabolismo de base; nestes últimos, a medicação tireóidea leva o doente rapidamente à cura. Quando observamos casos de lesões nodosas ou papulosas, de difícil expressão, devemos prestar um pouco de atenção, no sentido de verificar a presença de sinais de hipertireoidismo, o que já pode trazer uma trilha para o diagnóstico.

Dr. Affonso Bianco: Interessante é a discordância existente entre os vários autores a respeito do assunto: os franceses, por exemplo, quando falam em mixedema circunscrito, referem-se a uma forma de hipotireoidismo, ao passo que ficou, hoje, demonstrado que o

mixedema aparece também nos casos em que há aumento de função glandular. A hipótese aventada, de uma determinada região, ou ter a faculdade de responder ou não à tireoexóxina, é muito interessante. Em estudo que estou fazendo sobre o vitílico terei oportunidade de abordar essa questão.

Dr. José Augusto Soares: No doente cujo caso foi apresentado merece também ser ressaltado o diagnóstico diferencial com a lepra. À primeira vista, tinha-se a impressão de que se tratava de um caso de lepra e me parece que, na primeira consulta, de ambulatório, pensou-se também nessa hipótese que, depois, foi afastada pelo exame objetivo.

Dr. Fernando Lecheren Alayon: Deixe de referir uma prova que foi feita, com bons resultados e que consiste numa injeção local de solução fisiológica. Verifique que, com essa injeção, não se forma edema, nem placa de infiltração, como se observa numa região normal ou nas lesões de qualquer outra doença. Essa prova, muito simples, pode conduzir ao diagnóstico ou à suspeita desse diagnóstico.

Prof. João de Aguiar Pupo: Seria interessante fazer a prova de punção e expressão do líquido e fazer, com ele, um estudo histochímico, verificando, se possível, a existência de substância mucosa. Isto facilitaria enormemente o diagnóstico.

Dr. Luiz Marino Bechelli: O diagnóstico de lepra foi afastado desde o primeiro exame. Fiz o diagnóstico diferencial com o eritema nodoso, com o eritema induratum e com a angiite nodosa. Nenhum destes diagnósticos satisfazia; pedi uma série de exames, e nestes também já não considerei mais a moléstia de Hansen.

**Maduromicose por *Madurella grisea*** — Dr. Carlos da Silva Lacaz. O autor apresentou uma observação de maduromicose de grãos pretos, registrada em Fortaleza por Levino Pinheiro. O processo micótico estava localizado

no pé esquerdo e dataava de vários anos, sendo eliminada, pelas fistulas, secreção seropurulenta com grande quantidade de grãos pretos, medindo 1 a 2 mm. de diâmetro. O exame microscópico desses grãos revelava a presença de filamentos micelianos de dupla parede, com numerosos clamidospores intercalares ou terminais. O cultivo dos grãos parasitários permitiu o isolamento de um cogumelo classificado como "*Madurella grisea*", espécie descrita por Mackinnon e col., no Uruguai, em 1949. O autor neste trabalho estudou os caracteres morfológicos da amostra isolada e teceu comentários sobre as maduromicoses em geral. Trata-se de primeira observação, em nosso meio, de maduromicose por "*Madurella grisea*".

**Comentários:** — Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio: Desejo saber se o Dr. Carlos da Silva Lacaz acha que é possível, até certo ponto, estabelecer uma diferença clínica entre actinomicose e maduromicose, baseando-se apenas na supuração da lesão, o que não existiria na maduromicose.

Dr. Carlos da Silva Lacaz: Não tenho experiência acumulada, mas sei que, na actinomicose, é muito mais frequente a ocorrência de supuração, e ela não é devida sómente à infecção secundária porque o "*Actinomyces*" tem a particularidade de ser germe piogênico e se vê grande número de neutrófilos nos grãos actinomicóticos. Nas formas cérlicas-faciais se observa, muito bem, esses fatos. Nos casos de maduromicose que vi, observei que quase não havia supuração e quase não se via material purulento. Não sei se sómente esse argumento é suficiente para se fazer o diagnóstico. Acho que esse é um assunto para ser estudado e sobre o qual não tenho muita experiência. Posso considerar, também, o tamanho dos grãos e, ainda, o fato de que, na actinomicose, os grãos são eliminados pela lesão, mas é o exame microscópico que evidencia os talos, com as suas características.

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:

# PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm<sup>3</sup>.



TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS MANIFESTAÇÕES

# NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empólas de 10 cm.3.  
24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empólas de 10 cm.3.  
3 empólas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.  
3 empólas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

---

**Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.**

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

**Prof. João de Aguiar Pupo:** A respeito da comunicação do Dr. Lacaz, confesso que, de acordo com o grande interesse que tenho demonstrado sempre, na parte da documentação das observações dermatológicas, no sentido de uma precisão maior da morfologia, considero essa uma questão básica, fundamental, donde decorre a classificação das síndromes e o próprio conceito das molestias. Os casos de micetoma nos vários tipos, com localizações múltiplas, não sugerem, ao dermatologista, descer a maiores detalhes e o diagnóstico é feito a grosso modo. É uma questão que está dentro da patologia cirúrgica e que interessa accidentalmente ao dermatologista, porque a sintomatologia cutânea é quase nula. Há casos em que o comprometimento é grande, alcançando grandes articulações; esses casos forçam a amputação. Quando existem úlceras, os cirurgiões remetem os casos para os dermatologistas. Não é um assunto propriamente da dermatologia mas da patologia cirúrgica, que interessa ao especialista porque ele é for-

çado a isso pelos cirurgiões. Esta observação mostra que, por um exame mais acurado da sintomatologia desses micetomas, pode-se chegar ao diagnóstico, não cirúrgica mas dermatologicamente. Sobre conceito de micetoma, considerado pela sintomatologia cutânea e pela individualização das lesões elementares. Mas neste caso há uma reação, porque o fungo cria o trajeto fistuloso e, ao chegar ao derma, provoca uma reação; temos, então, uma lesão cutânea de tipo nodular que, depois, se abre fora. Esta observação tem o valor de nos induzir a definir a morfologia cutânea que acompanha os micetomas, nos seus aspectos vários; se são pertitos, maiores ou menores, de reação ou se são precedidos de uma lesão nodular, antes do pertito surgir, ou se a reação cutânea surge depois da reação da pele. Essa é uma questão que devemos considerar, já que os cirurgiões nos enviam estes casos que pertencem à patologia cirúrgica e que são, episódicamente, dermatológicos.

#### DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 15 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Paulo de Barros França

**Observações sobre o pré e pós-operatório em cirurgia infantil** — Dr. Fábio Dória do Amaral. Tendo trabalhado no Children's Hospital de Seattle, o autor relatou, inicialmente, as atividades de um residente em cirurgia num hospital americano. A seguir, salientou o carinho que os norte-americanos dispensam às questões psicológicas e tratamento, especialmente no tocante à criança e apresentou a maneira pela qual era administrada a anestesia e a alimentação parenteral, mostrando dados usados no cálculo da quantidade de fluidos, de cloreto de sódio, de potássio e de hidrolisados de proteínas. Foram dados alguns detalhes sobre a maneira de infusão de fluidos, principalmente sobre a técnica do "cut down" ou canalização da veia, mostrando o autor uma cânula de

polieteno, um dos mais recentes materiais plásticos usados em cirurgia. Finalizando, o autor afirmou que, na técnica cirúrgica, os norte-americanos não são superiores a nós. E' na parte da organização hospitalar que os EE.UU. se encontram muito avançados e isto por uma razão principal: o hospital aprovado é uma escola de especialização, possuindo, portanto, todas as facilidades de laboratório, de raios X e de outros departamentos essenciais à formação de um especialista.

**Comentários:** — Dr. Cornelio Rosenburg: Faço alguns reparos a certas afirmativas do Dr. Dória no que concerne ao tratamento das diarréias no Brasil. Mencione o fato de que, na Santa Casa de São Paulo, o emprêgo de fluidos

# RINO - STEG



RINO-STEG reúne três elementos de máxima atividade

O ANTIBACTERIANO = TIROTRICINA

O DESCONGESTIONANTE = DL-DESOXIEFEDRINA

O "ESTERILIZADOR DO AR" = PROPILENOGLICOL

NO TRATAMENTO DAS  
RINITES - SINUSITES



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572  
SÃO PAULO

# PROFENAMIN COMPOSTO



AMPÓLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às sindromes dolorosas.

I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMIN  
NOVATROPINA

II **ANALGÉSICO** = DIMETIL-AMINO-ANTIPIRINA

III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente.

#### INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós-operatória, dores dos cancerosos, sindromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572  
SÃO PAULO

intravenosamente na base de 150 a 200 cm<sup>3</sup> por quilo de peso e por 24 horas, constitui rotina no tratamento das desidratações graves, com os melhores resultados.

Dr. Fernando de Mesquita Sampaio: Indago qual a impressão do autor sobre o emprego dos antibióticos em cirurgia infantil, pois, segundo o que li, seu emprego diminui muito a mortalidade.

Dr. Aloisio Geraldo Ferreira de Camargo: Indago quantas vezes ao dia era medida a temperatura das crianças operadas, no serviço em que o Dr. Doria fez seu treinamento. Tenho a impressão de que o problema dos vômitos pós-operatórios entre nós não se reveste de grande importância. Prefiro alimentar os meus pacientes por os em lugar de administrar substâncias nutritivas pela veia, método que tem dado ótimos resultados na Casa Maternal. No Serviço que frequento têm sido obtidos bons resultados com o emprego do éter anestésico.

Dr. Roberto de Vilhena Moraes: Indago se nos EE. UU. empregam a via osteomielica para a infusão de fluidos.

Dr. Auro A. Amorim: Pergunto se, no pré e pós-operatório dos serviços norte americanos, empregam preparados de suprarrenal.

Dr. Fábio Dória do Amaral: Respondo ao Dr. Rosemburg explicando que, ao referir-me ao tratamento precário das diarréias entre nós falei de modo geral, tendo em mente as localidades de poucos recursos e não os meios médicos importantes. Ao Dr. Mesquita Sampaio informo que, nos casos graves, os norte-americanos usam penicilina, estreptomicina ou aureomicina, verificando previamente a sensibilidade do germe ao antibiótico. Ao Dr. Aloisio informo que, no serviço que frequentei, a temperatura das crianças era tirada duas vezes ao dia, exceto quando havia um quadro febril, quando a verificação era feita de quatro em quatro horas. Também procuravam alimentar a criança pela boca o mais precocemente possível. Quanto à anestesia, também usavam o

éter com máscara aberta, empregando a avertina como indução, apenas para evitar o trauma psíquico da criança ao ser levada para a sala de operações. Ao Dr. Vilhena digo que não usavam a via osteomielica por receio de osteomielite. Ao Dr. Amorim, que não empregam preparados de suprarrenal.

**Atresia congênita do esôfago.** — Drs. José Soares Bicudo, Primo Curti, Ary do Carmo Russo, Fernando Chammas e Darcy Marchione. — Tratava-se de criança com 46,5 cm. de comprimento. Foi examinada pela primeira vez com 32 horas de vida e tinha ido ao seio materno 3 vezes. O exame mostrou tratar-se de um mongólico que eliminava grande quantidade de muco pela boca; a ausculta pulmonar revelou grande quantidade de estertores subcrepitantes (aspiração?). A criança foi colocada em tenda de oxigênio e medicada com penicilina e sulfadiazina. Após aspiração da secreção os autores pesquisaram a permeabilidade do esôfago e verificaram obstrução à passagem da sonda. O estudo radiológico levou ao diagnóstico de atresia do esôfago sem fistula. Foi indicada a operação com 38 horas de vida, apresentando-se a criança em bom estado geral. Antes da operação foi feita uma transfusão de sangue. A operação foi praticada com acesso extra-pleural direito, com ressecção da 4.<sup>a</sup> costela, sendo verificado que o segmento proximal terminava a cerca de 0,5 cm. da bifurcação traqueal. Não foi individualizado o segmento distal. Foi feita laparotomia para a gastrostomia. A introdução de uma sonda no estômago em direção ao esôfago mostrou que o segmento distal terminava em fundo cego cerca de 5 cm. do proximal. Os dois segmentos não apresentavam comunicação com as vias aéreas. Foi feita sómente gastrostomia. O pós-operatório imediato foi normal nos 3 primeiros dias. No 4.<sup>o</sup> dia surgiu edema, inicialmente na face, generalizando-se no dia seguinte. Óbito no 5.<sup>o</sup> dia do pós-operatório.

em crise de asfixia. A autópsia, além da atresia do esôfago sem fistula, mostrou anomalias da conformação do coração; havia comunicação interventricular, coarcação da aorta e persistência do ducto arterioso.

**Comentários** — Dr. Vilhema de Moraes: Sou favorável ao emprégo da via transperitoneal esquerda nos casos em que não haja fistula traqueo-esofágiana. Essa via de acesso permite a elevação mais fácil do diafragma, o que torna possível a anastomose gastro-esofágiana.

Dr. Auro A. Amorim: Sou contrário ao tipo de operação indicado no caso apresentado, pois, quando houver fistula, deve ser feita anastomose primária e, em caso contrário deve-se preparar a criança para a operação de gastrostomia prévia.

Dr. Primo Curti: Penso que primeiramente se deve verificar se há

possibilidade da anastomose primária; caso contrário, deverá ser feita a gastrostomia.

Dr. José Carlos Soares Bicudo: A este propósito, refiro-me a um trabalho de Swenson, que tem 32 casos operados com apenas 5 mortes, e que indica a anastomose primária.

Dr. Paulo de Barros França: Salientei a importância do diagnóstico precoce para o sucesso terapêutico. Na maioria dos casos aqui apresentados o diagnóstico foi feito tardeamente, o que sem dúvida comprometeu o resultado do tratamento cirúrgico. Chamo a atenção para a necessidade de se preparar devidamente a criança para o ato operatório, administrando-lhe fluidos, eletrólitos e ácidos aminados por via endovenosa. Sem bons cuidados pré e pós-operatórios, o ato cirúrgico, por mais bem executado que seja, ficará prejudicado em seus resultados.

#### DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, em 16 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Augusto E. Taunay

**Um caso de moléstia de Gaucher**  
— Dr. Gastão Rosenfeld. — Trata-se de um caso de moléstia de Gaucher diagnosticado pela punção do baço, em menina de 9 anos, branca, de raça judaica, bem desenvolvida e nutrida, que, clinicamente, não apresentava qualquer sintoma, a não ser esplenomegalia encontrada ocasionalmente e assinalada pelo clínico, que pediu exames para esclarecer a esplenomegalia. O baço passava de 4 dedos o rebordo costal, era de consistência firme, liso e de bordos espessos. O exame hematológico revelou: hemácias 4.580.000 por  $\text{mm}^3$  (mielócitos 0, metamielócitos 0, núcleo em bastonete 0, núcleo segmentado 42, eosinófilos 0, basófilos 0, linfócitos 47, monócitos 10 e plasmócitos 1). Dosagem do colesterol no soro 140 mg. %. A punção do baço revelou grande quantidade de células com os caracteres morfológicos das de Gaucher, firmando o diagnóstico dessa

moléstia. O diagnóstico diferencial com a doença de Niemann-Pick foi feito pelo aspecto das células, que não apresentavam, como nesta última moléstia, o lípido armazenado nas células sob a forma de corpúsculos, e sim a trama fina das células de Gaucher. A dosagem de colesterol, normal, também é um elemento que afasta a possibilidade de se tratar da moléstia de Niemann-Pick. O quadro clínico, pela sua benignidade, também permitiu orientar o retardado do desenvolvimento e as perturbações tróficas já seriam extremamente avançadas, o que não se dava no caso.

**Comentários** — Dr. Dálbio P. Palhano: Tenho apenas um pequeno reparo a fazer. O Dr. Gastão Rosenfeld disse que o hemograma da paciente apresentava apenas uma linfocitose. Parece-me, entretanto, que numa menina de 9 anos, emotiva, com 6.400 leucócitos por  $\text{mm}^3$  e 47% de linfócitos,

# GADUSAN

*O antitóxico da tuberculose*

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusán como desentoxicante do tuberculoso. "Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pettenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusán, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



## INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL

RUA FERREIRA PÔNTES, 148 — RIO DE JANEIRO



isto é, cerca de 3.000 linfócitos por  $\text{mm}^3$ , não se pode falar em linfocitose. O que estranhei no hemograma foi a ausência de eosinófilos e de bastonetes e gostaria de saber se ocorreu ao autor alguma ideia para explicar esse fato. Talvez um comprometimento medular explique, mas no caso atual julgo que seja cedo demais. Na fase final dessa moléstia, extremamente crônica, durando 10, 20, 30, e mais anos, é possível que se encontre hemogramas desse tipo.

Dr. Gastão Rosenfeld: Quando se trata de criança, tenho como norma fazê-la entrar para o laboratório o mais cedo possível para colher o sangue, justamente para contornar este fator emotivo capaz de dar linfocitose. Além disso, nos esfregaços que habitualmente faço para contagem específica não costumo encontrar, nessa idade, um linfocitose dessa ordem. Não me atrevi a interpretar a ausência

dos bastonetes e eosinófilos porque os casos publicados são relativamente poucos, cerca de 100, e os autores fazem, em geral, poucas referências ao quadro hematológico, encarando a moléstia mais pelo lado clínico e histopatológico. Só com número maior de casos é que poderei tirar conclusões.

**Bacilos do grupo Sachs e sua possível confusão com a *Shigella dysenteriae* (bacilo Shiga).** — Drs. Augusto E. Taunay e José Roberto Carneiro Novaes.

Resum. — Os autores, pela primeira vez em São Paulo, isolaram de 2 casos de disenteria bacilar aguda, num bacilo disentérico do tipo Sachs Q-454 e chamaram a atenção para a necessidade da perfeita identificação desses germes, devido à possível confusão com a "Sh. dysenteriae" (bacilos de Schiga).

#### DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em 17 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Rubens Vuono de Brito

**Estado atual da cirurgia da otosclerose** — Dr. Francisco de Paula Pinto Hartung. — O autor resume e comenta um symposium apresentado sobre a matéria na American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, certame a que compareceram os maiores nomes da cirurgia labirintica dos dias atuais. O primeiro a falar foi Holmgran, de Stockholm, que fez um estudo da evolução desta cirurgia. Disse ele que, depois de Sourdille e Lempert e das suas técnicas, conseguiu-se que as janelas construídas sobre a parede labiríntica não mais se fechassem, como vinha acontecendo com os primeiros otocirurgiões. A janela é mantida aberta pelo emprêgo de chumbo, material que foi aplicado primeiro em macacos "hesus" e, nos últimos 22 meses, também no homem. Simon Hall, de Edimburgo, abordou mais a parte histórica, dizendo que Hutchinson apresentou um caso de otosclerose, operado de

fenestração, e que ainda estava bem 14 anos depois do ato cirúrgico.

Para Lempert, talvez o mais notável cirurgião de labirinto da atualidade, há três finalidades básicas na cirurgia da otosclerose: 1) criar um processo cirúrgico capaz de restaurar praticamente a audição em casos de otosclerose; 2) encontrar meios pelos quais se possa garantir ao doente preparatoriamente que ele poderá servir-se do ouvido; 3) encontrar meios que assegurem uma melhoria definitiva da audição. Lempert fez largos comentários sobre estes itens, afirmado que é necessária uma melhora de 30 decibéis pelo menos, nas frequências de 512, 1.024 e 2.048, para que o resultado possa ser considerado como bom, tanto do ponto de vista social como econômico. Lempert recomenda ao cirurgião que pratique esta operação que procure ter uma impressão pessoal de cada caso, fugindo aos resultados complicados dos la-

boratrios de psicotécnica. Para Lampert, o melhor lugar para construção de nova janela labiríntica é junto à extremidade da ampola do canal semicircular externo.

Meltzer, de Boston, estudou em detalhe cada um dos acidentes da operação, salientando a lesão do seio lateral, as lesões da dura-máter, a paralisia do facial.

Schaumbamagh insistiu muito sobre um apurado exame do estudo do nervo coclear antes de ser realizada a operação, pois, em geral, além da fixação do estribo, o nervo auditivo é envolvido no

déficit funcional, tornando-se este déficit mais intenso à medida que aumenta o tempo de fixação daquele ossículo. Há, porém, casos nos quais o estribo está fixado há muitos anos com pequena perda de audição e, inversamente, pode o nervo estar muito sacrificado com o estribo ainda em atividade. Por isso torna-se difícil explicar a degeneração do nervo unicamente pela inatividade do estribo. Parece haver também alterações do químismo e da pressão da endolinfa, secundárias às alterações químicas das formações ósseas.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA,  
em 27 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Eduardo de Souza Cotrim

**Tumores ósseos** — Prof. Raphael de Barros (conferência). — O diagnóstico dos tumores ósseos é, sem dúvida, dos mais difíceis e de maior responsabilidade para o radiologista. O diagnóstico baseado nos sinais iniciais pode conduzir a terapêuticas cirúrgicas intempestivas de graves consequências e, por outro lado, a espera dos sinais característicos faz perder a oportunidade do tratamento eficaz. O diagnóstico deve ser estabelecido com todos os dados clínicos laboratoriais e anátomo-patológicos; o ideal é a íntima colaboração clínico-radiológica. As radiografias devem ser as mais perfeitas possíveis e em incidências variáveis. Entre os tumores do esqueleto, destaca-se o sarcoma osteogênico por ser o tumor ósseo maligno primitivo por excelência. Aparece nos jovens, é de desenvolvimento rápido, conduzindo quase que infalivelmente a metástases; derivado dos elementos conjuntivos ou osteoblastos do esqueleto, o sarcoma apresenta estrutura extremamente complexa e variável. Sua origem mesenquimal pode conduzir às formas mixóide, condroide, osteóide ou óssea. É tumor ricamente vascularizado e alguns apresentam forma telangiectásica. Localiza-se nas metáfises, de prefe-

rência nas epífises fértiles dos membros inferiores. Apresenta origem medular ou subperiostal. Produz metástases precoces e a sua generalização se faz por via venosa, vetora das embolias sarcomatosas, com localização quase sempre pulmonar. A sintomatologia clínica inicial é discreta e os raios X constituem o mais precioso elemento para o diagnóstico precoce. As suas reações osteogênicas, osteolíticas ou mistas são preciosos elementos para o radio-diagnóstico. Observam-se, de início, pequenas erosões destrutivas das corticais, acompanhadas de reação periostal; essas alterações evoluem rapidamente, destruindo a cortical. A reação periostal se acentua fortemente formando espículas características, perpendiculares ao grande eixo do osso; outras vezes há descolamento periostal e ossificação nativa com formação de típico esporão de Codman. Na modalidade osteolítica predominam os processos destrutivos medulares, conduzindo a fraturas patológicas. Na forma osteosclerosa acentua-se o caráter osteogênico do tumor, com intensa neo-ossificação atípica, observando-se osteosclerose medular eburnizante muito opaca aos raios X. A osteogênese tumoral pode invadir as partes moles sob forma de os-

teoblastose difusa, com formações paraostais de aspecto impreciso, nebuloso ou algodado.

O "sarcoma de Ewing, endotelioma ou endotélio-sarcoma" foi individualizado por Ewing (1922), que o separou dos sarcomas osteogênicos, com os quais era confundido. É um tumor primitivo dos jovens, com tendência a se generalizar para o esqueleto e só tardivamente acarreta metástases pulmonares. De origem medular, provavelmente do endotélio dos vasos da medula óssea, a sua etiologia ainda encerra incertezas e a sua origem reticuló-endotelial é admitida por vários autores. Localiza-se, como o sarcoma, sobretudo nos ossos longos, nas diáfises ou epífises. De malignidade menos acentuada que o sarcoma osteogênico, diferencia-se dêste por ser radiosensível, porém com recidivas após a radioterapia. Sob o ponto de vista radiológico observamos aspectos que permitem caracterizá-lo em certos casos. De início, observa-se osteosclerose; a eburnização endo-óssea surge em fase mais adiantada. Predominam os processos destrutivos endo-ósseos, com pronunciada osteólise medular, corroendo as corticais pela sua face interna. O osso toma aspecto fusiforme. O tumor, de origem medular, não é osteogênico; há reação periostal de disposição paralela ao grande eixo, sob forma de finas estratificações periostais com disposição em "casca de cebola".

"Mieloma, mielossarcoma, sarcoma mielóide, moléstia de Kabler", são tumores de origem mielóide caracterizados por localizações múltiplas, endo-ósseas. Conduzem a acentuada anemia, com produção de albuminúria muito especial, descrita por Bence e Jones; têm evolução progressiva, lenta e fatal. Sua exata classificação entre os tumores ósseos não é unanimemente admitida, considerando alguns autores tratar-se de hiperplasia leucêmica com lesões ósseas; foi descrito por McIntagre como *mollites ossium* e é considerado, por outros, como osteomalácia senil. O termo mieloma foi introduzido por

Rustizky. Ao exame radiológico observamos alterações bem características; o exame deve ser todo o esqueleto, considerando-se que sua extensa difusão constitui a regra. No crânio observamos perfurações frontais e parietais em "saca-bocados", de forma circular, de dimensões variáveis e contornos nitidos, sem reação enostal. Nos ossos longos, as destruições são medulares, osteolíticas ou periféricas em "meia lua". As reações periostais são nulas ou pouco apreciáveis. As lesões destrutivas são poliostóticas e policísticas, conduzindo frequentemente a fraturas patológicas. As lesões retrocedem com a radioterapia, tornando-se menos dolorosas, porém, o tratamento é aleatório, com poucos anos de sobrevida.

Os "tumores malignos secundários ou metastáticos do esqueleto" são de duas categorias: tumores secundários por contiguidade e tumores metastáticos. Os primeiros são de menor interesse clínico e, geralmente, consequentes a epitelíomas ou sarcomas da face e das cavidades paranasais, comprometendo o maciço osteocartilaginoso facial por invasão de proximidade. As láminas ósseas papiráceas do esqueleto facial são rapidamente invadidas e destruídas. São frequentes os tumores do crânio consequentes aos cânceres do couro cabeludo. Os tumores da língua e da gengiva podem frequentemente invadir os maxilares. Os verdadeiros tumores metastáticos podem ser classificadas como: metástases secundárias de tumores primitivos do esqueleto, e metástases secundárias aos tumores de sede extra-óssia. As primeiras são metástases ou generalização dos sarcomas de Ewing e dos mielomas, às quais já nos referimos. Entre os últimos, figuram, em primeira plana, os cânceres epiteliais e glandulares, com eleição particular para o esqueleto, que são designados como osteofitos; a esta classe pertencem os cânceres do seio, da próstata e da tireoide e os hipernefromas. Os tumores do aparelho digestivo, embora frequentes, raramente condu-

O LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A, para facilitar a terapêutica com os antibioticos, tão generalizados hoje em dia, apresenta um novo solvente de sua distribuição denominado

# RENTENTOL

que, como veículo, apresenta as seguintes vantagens:

1.<sup>a</sup>) Uma ampola de 2c3 **dissolve** até 500.000 unidades Oxford de penicilina sódica G cristalizada ou meio grama de estreptomicina.

2.<sup>a</sup>) Para praticar a injeção pode ser usada uma agulha de qualquer calibre porque o antibiótico fica **dissolvido** no Retentol e não em suspensão.

3.<sup>a</sup>) Esse veículo torna a injeção intramuscular indolor e a retenção do antibiótico é constatada até 24 horas após sua aplicação (cf. Arquivos de Biologia n.<sup>o</sup> 298 — 1950).

4.<sup>a</sup>) **Retentol**, como veículo de ação retardada de baixo preço, proporciona a possibilidade do emprêgo da penicilina sódica G cristalizada, tornando menos dispendiosa a terapêutica com esse antibiótico.

*Atenderemos com solicitude requisições de amostras e literaturas.*



**LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.**

**Rua São Luiz, 161 — SÃO PAULO**

zem a metastases osseas. Algumas metastases são precoces, acarretando lesões ósseas meses após a operação; outras são tardias, sobrevindo 5 a 10 anos após a intervenção cirúrgica. O aspecto radiológico pode apresentar formas osteolíticas destrutivas medulares, acarretando fraturas patológicas que, muitas vezes, são os sinais

que conduzem ao diagnóstico; outras são eburnizantes ou osteoplásticas, como é a regra nos tumores prostáticos com aspecto eburéneo observados na coluna (vêrtebra em marfim, de Louquer). Outras vezes, são mistos, observando-se processos osteolíticos alternados com formações osteoplásticas, dando um aspecto pagetoíde ao esqueleto.

**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA,**  
em 28 de fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Edgard Braga

**Hidradenoma da vulva** — Drs. Jamil Daud e Antonio Monteiro Cardoso de Almeida. — Foram apresentados dois casos de hidradenoma da vulva observados na Clínica Ginecológica da Fac. Med. da Universidade de S. Paulo, fazendo os autores breve estudo dos hidradenomas em geral, tecendo considerações sobre frequência, sintomatologia e aspectos clínicos mais importantes. Referiram, depois, a evolução dos dois casos apresentados, que foi benigna. A seguir, estudaram os aspectos anátomo-patológicos desses tumores, discutindo sua classificação, sua histogênese e sua benignidade.

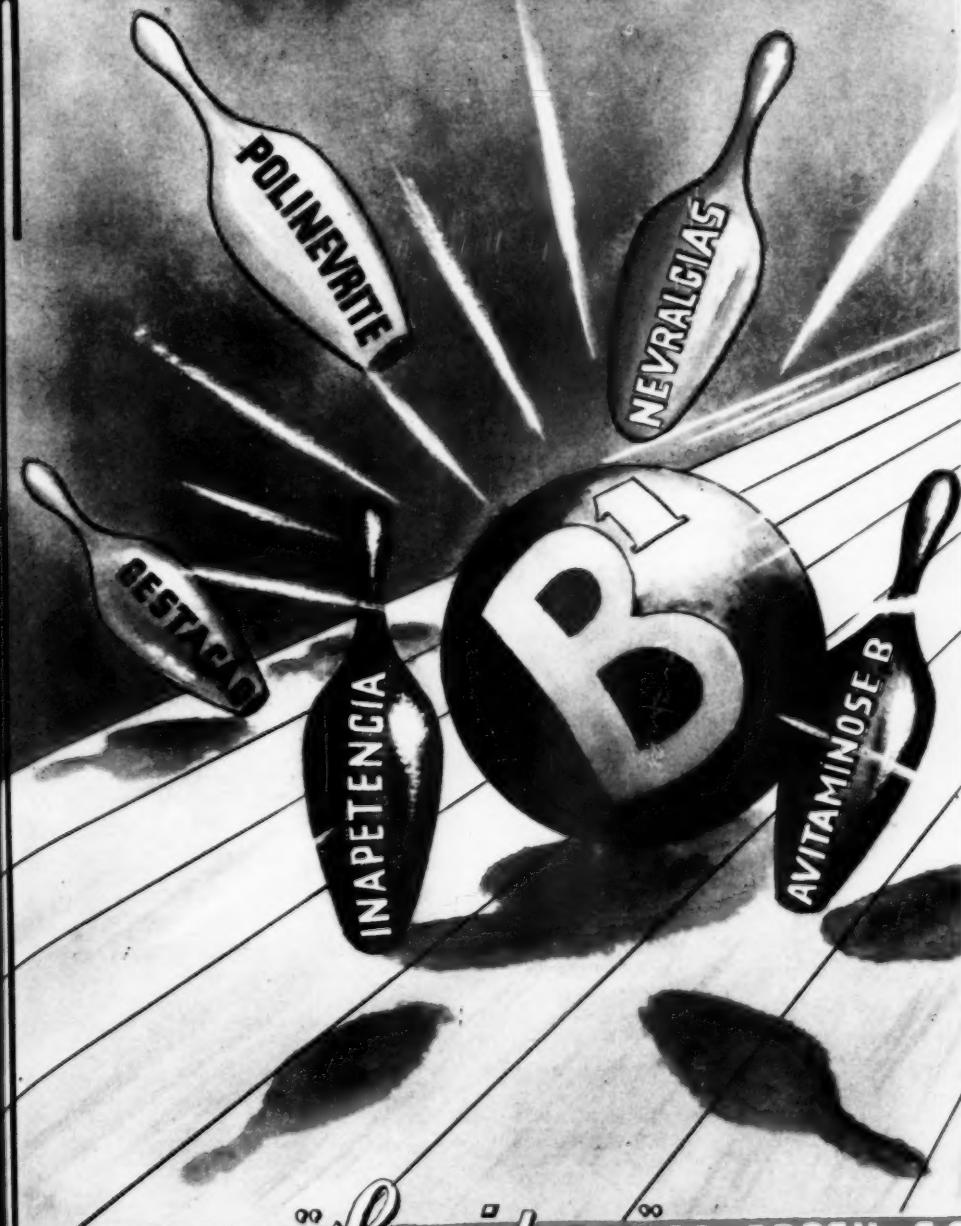
**Impressões da Clínica Obstétrica da Universidade Johns Hopkins** — Dr. Klaus Mirim Rudolph — O autor ficou impressionado com o contraste existente entre a antiguidade do prédio onde se acha instalada a Clínica Obstétrica Johns Hopkins e o modernismo dos trabalhos nele realizados. A cadeira está a cargo do Dr. Nicholson J. Eastman. A atenção do autor foi chamada para o fato de empregarem sistematicamente métodos de controle da dor no parto, o que parece intervir na dinâmica uterina do parto inicialmente normal, acarretando hipo e atonia uterina na fase expulsiva, obrigando intervenção instrumental: 82% dos partos assistidos pelo autor necessitaram o emprego a forçipe e 85% dos fetos oriundos desses partos necessitaram ser reanimados. A anestesiologia obstétrica está a cargo

do Dr. Roberto A. Hingsen. Especial carinho é observado com as hipertensas; são tratadas como se estivessem em pre-eclampsia. Procedimento básico: repouso físico e psíquico e administração de sulfato de magnésio. O exame da parturiente suspeita de placenta previa é feito sob narcose, na sala de operação, tudo preparado para cesárea. Todas pacientes são submetidas à estereo-radiopelvimetria. Se houver indicação para ligadura das trompas, ela é feita 24 horas após o parto vaginal. Diminui, desse modo, o tempo e o custo da internação. A própria parturiente escolhe o modo de aleitamento do filho. Não são feitas tentativas para convencer a mãe sobre a vantagem do aleitamento natural.

**Comentários** — Dr. Maciel de Souza: Qual o critério adotado para esterilização e aborto terapêutico?

Dr. Klaus Mirim Rudolph: As esterilizações sómente são praticadas depois de aprovadas nas reuniões semanais da Clínica. Não tive ocasião de observar nenhuma indicação de aborto terapêutico.

**Fisiopatologia e tratamento das afecções da mama** — Dr. Fuad Ferreira. — O A. estudou a anatomo-fisiologia da glândula mamária nas diferentes fases da vida feminina. Descreveu as malformações e anomalias, os processos inflamatórios e os tumores da mama. Referiu-se à associação de câncer da mama e gravidez, ao tratamento



ABORATORIO

*Panitas* DO BRASIL, S.A.

AVENIDA LINS DE VASCONCELOS / 3.420 - TELEFONE / 7-0252

# VITAMINA B<sup>1</sup>

Nossos conhecimentos sobre a intimidade do mecanismo de ação da vitamina B-1 evoluíram rapidamente, e hoje sabe-se do papel importante que desempenha nos processos de oxiredução nos tecidos, onde funciona como cocarboxilase, nos processos de descarboxilação do ácido pirúvico, AUHAGEM, após prévia fosforilação, SCHUSTER.

Os efeitos dominantes da deficiência de tiamina são: lesões do sistema nervoso, dilatação e disfunção do coração, edema em certos casos, perturbações gastro-intestinais, atrofia muscular e anorexia.

A **anorexia** é um dos primeiros sintomas observáveis da carência vitamínica. Não há deficiência vitamínica conhecida que se acompanhe de inapetência tão intensa.

A melhora do apetite quando a inapetência é devida à deficiência de vitamina B-1 faz-se sentir rapidamente, mesmo dentro de 24 horas.

Há numerosas experiências que demonstram que a dieta de crianças pode ser consideravelmente melhorada pelo uso da vitamina B-1. Há fortes indícios de que a anorexia tão frequente nos primeiros anos de vida se prenda à uma deficiência de vitamina B1 (BARTLET), pelo menos em muitos casos.

Segundo MORGAN and BARRY, é muito provável que haja uma relação entre o decréscimo de complexo B na dieta e a anorexia, nervosismo, constipação e provavelmente outras perturbações gastro-intestinais nas crianças.

Algumas condições em que a vitamina B-1 encontra justificativa de emprego são as seguintes, naturalmente com exclusão do beri-beri onde o emprego é evidente.

Em primeiro lugar devemos destacar, pela sua frequência, a neurite da gestação, que frequentemente, como acentua WHITFIELD, acompanha os vômitos, condição em que a nutrição é claramente prejudicada. Acresce notar, como frisam PLASS e MENGERT, que nestes casos é muito usual como medida terapêutica forçar a ração glucídica, que ainda aumenta as exigências de vitamina B-1.

Nas neurites alcoólicas os trabalhos de SHATTUCK, BLANKENHORN e SPIES demonstraram perfeitamente a carência de vitamina B-1 e os benefícios de seu emprego nessas condições.

O mesmo se deve dizer das **neurites tóxicas** pelo chumbo e pelo arsênico, durante o tratamento intensivo da sífilis, e das neurites do trigêmeo.

**Nas moléstias febris de longa duração** em que o metabolismo geral está aumentando. **Nas perturbações intestinais**, com comprometimento de absorção.

Segundo WEISS e WILKINS a vitamina B-1 dá bons resultados em disfunções **cardio vasculares**.

MEANS e colaboradores acentuam o valor da tiamina nas tireotoxicoses, quando seu consumo é exagerado em virtude do aumento de metabolismo que então se verifica.

Não se pode esquecer o detalhe importantíssimo de que não fazemos reservas de vitamina B-1, de sorte que seu uso deve ser constante.

## APRESENTAÇÕES — AMPOLAS COM 0,050 gr. E 0,100 gr.

### INDICAÇÕES :

- a) **Quando houver aumento de metabolismo total:** Trabalhos pesados, delírio, psicose maníaco depressiva. Febre de longa duração. Tireotoxicose. Gestação. Períodos de crescimento. Moléstias infeciosas.
- b) **Nos comprometimentos da absorção:** diarréas, vômitos, fistulas intestinais, verminoses e protozooses.
- c) **Havendo excesso de excreção:** Grandes poliurias do diabetes mellitus e insípidus.
- d) **Inapetência por falta de vitamina B-1:** Neurites alcoólicas plúmbeas, arsenicais, e tóxicas em geral. Como preventivo e curativo das diarréas de verão nas crianças. Durante o tratamento por sulfonamidas.

do câncer pela cirurgia e ao emprêgo do hormônio masculino e da radioterapia no tratamento e na profilaxia das metástases cancerosas.

**Comentários** — Dr. Francisco Cerruti: Não comprehendo porque, nas mulheres grávidas portadoras de câncer na mama, a multiparidade constitua indicação para se interromper a gravidez. Aliás, tanto em nulíparas como em multiparas, o abortamento por câncer da mama vem-se realizando cada vez menos e aqui, há pouco mais de um ano, o problema foi debatido em torno de uma comunicação dos Drs. José Gallucci e João Sampaio Góes Junior. Nessa ocasião, se bem que em princípio concordasse com os autores sobre a orientação conservadora, lembrei que os casos clínicos devem ser analisados cada um de per si. Assim, nos casos de câncer inicial da mama em mulheres com gravidez incipiente, penso que constitui uma temeridade praticar só a amputação da mama com o respectivo esvaziamento axilar, mantendo-se a gravidez, que, com sua inundação hormonal — reconhecidamente excitadora do processo blastomatoso — pode, realmente, tirar as possibilidades de cura da paciente. É óbvio que, nos casos avançados de câncer ou de gravidez avançada, não se justifica a interrupção da gravidez. Quanto ao tratamento dos abcessos da mama, prefiro as incisões cirúrgicas pequenas e estéticas. Não vejo vantagem em tratar tais processos supurativos por punções, nem injetar soluções de sulfamidas, que, como é sabido, têm sua ação farmacológica inibida pelas substâncias protéticas desintegradadas e o ácido paramino-benzoíco existentes no pus. Quanto ao uso de bisturi elétrico na cirurgia do câncer, lembro que, ao lado das vantagens de ser hemostático e, provavelmente, diminuir a difusão do processo canceroso, acarreta, sempre, um retardamento do processo de cicatrização devido à necrose tissular que determina nas bordas da ferida cirúrgica. Por fim, desejo que o Dr. Fuad Ferreira in-

forme qual a razão de serem os gânglios supraclaviculares mais sensíveis à radioterapia do que os axilares.

Dr. João Sampaio Góes Junior: O Dr. Fuad Ferreira, baseado em certo autor, falou do efeito maléfico da prenhez sobre o carcinoma da mama. Entretanto, este assunto precisa ser encarado sob bases bastante precisas e rigorosamente científicas. No referente à evolução do carcinoma da mama, é preciso focalizar certos pontos de suma importância. Sabe-se que, quando o carcinoma da mama incide em mulher jovem, dos 30 aos 40 anos, a sua evolução é sempre mais grave do que quando aparece em idade mais avançada, durante ou depois da menopausa. Outro fator de julgamento é o grau de evolução da moléstia; as metástases axilares ou de outras regiões pioram consideravelmente o prognóstico. Durante a gravidez, com o aumento de volume, da turgidez e sensibilidade das mamas, os pequenos tumores passam despercebidos, só alarmando as pacientes quando seus sintomas são mais nítidos e o prognóstico é pior. Dos inúmeros casos da literatura em que foi considerada a piora pela gravidez o grau de evolução era dos tipos II e III (Classif. Jungling). Westberg, que apresenta a melhor casuística (224 casos de carcinoma associados à prenhez ou lactação) é de opinião que este fator é decisivo e responsável por errôneas interpretações. Ainda uma crítica devo fazer, referente ao tipo histológico do tumor, fator decisivo no julgamento do prognóstico e que não tem sido bem avaliado; porém, de modo geral, não encontrei um estudo perfeito a esse respeito. Alegam os autores que admitem o efeito maléfico da prenhez, que o fator responsável é a descarga de estrógenos na primeira metade da gravidez. Ora, sabe-se que a taxa de estrógenos começa a crescer por volta do 3.º mês e atinge o máximo no fim da gestação, no que é acompanhada pelo teor de progesterona. Com essa curva em ascensão, o período mais prejudicial deveria ser o final da

gravidez. Além disso, o estrógeno encontrado durante a prenhez é principalmente o estradiol, forma de baixo poder cancerígeno e que se apresenta quase todo em estado de combinação. Lembro, ainda, que, ultimamente, os estrógenos estão sendo usados na profilaxia do câncer mamário em mulheres idosas. Pelo visto, o autor citado pelo Dr. Fuad Ferreira, dá apenas a sua opinião, que é pessoal e sem um estudo detalhado e seguro a respeito. Não vejo elementos que autorizem tal conclusão, nem o direito de se indicar uma interrupção da prenhez, mesmo no início.

Dr. Alberto Francia Martins: A prolactina já existe antes do parto e só age sobre a mama que tenha sido previamente estimulada pela foliculina e progesterona, na presença do hormônio natural do córtex suprarrenal. É conhecida a radioresistência dos gânglios metastáticos; não compreendo a maior radiossensibilidade dos gânglios supraclaviculares. Os melanomas em geral são cutâneos, mas se estendem através dos espaços subaponeuróticos, donde a necessidade de ressecção de toda a aponeurose. Quanto aos hormônios, hoje em dia usam-se doses maiores, até 100 mg. diários e não durante 5 anos, mas atingindo um total de 4 g. que pode ser repetida depois de um descanso. Ultimamente lança-se mão dos estrógenos sintéticos nos casos de pacientes idosas, com resultados estupendos. Os resultados parecem ser melhores, quanto ao emprêgo dos hormônios, se a glândula mamária estiver presente.

Dr. Fuad Ferreira: Respondo ao Dr. Francisco Cerruti dizendo que o estudo crítico não pode ser feito devido à escassez do tempo e à extensão do assunto. Segundo observação realizada no Instituto

Arnaldo Vieira de Carvalho, os gânglios supraclaviculares são sensíveis aos raios X, tanto assim que está sendo abandonada a ressecção desses gânglios; o porque disso não se sabe. Os gânglios axilares são radioresistentes. As punções têm dado resultados nos abcessos; pratica-se diariamente a retirada do pus, lava-se a cavidade com soro fisiológico e injeta-se sulfato ou penicilina no local; cura-se o abcesso no máximo com 6 punções; o tratamento não deixa cicatriz e evita os curativos penosos; associamos sulfato por via oral e penicilina intramuscular. Quanto à gravidez associada ao câncer da mama, transmiti apenas a opinião de Brooks; aceito mesmo que a interrupção não deva ser praticada. O bisturi elétrico prejudica pouco a cicatrização, mas tem vantagens; permite a sutura da incisão, calafeta os capilares, é hemostático e evita possível semeadura carcinomatosa. Quanto à secreção láctea ela só aparece com a diminuição da foliculimínia depois do parto normal ou do aborto e sob a influência do hormônio específico do lobo anterior da hipófise (prolactina); estou, pois, de acordo com o Dr. Alberto Francia Martins. Nos últimos anos constataram bons efeitos com o emprêgo do hormônio masculino os seguintes autores: Ulrich, Loeser, Farrow e Woodward (Fels e Antonio Prudente. Antonio Prudente emprega 25 a 175 mg. do hormônio masculino por semana, durante 5 anos, diminuindo a dose de acordo com o diagnóstico histopatológico do tumor; mediante esta terapêutica, Prudente pôde evitar metástases até 5 anos após a operação. Nas velhas, depois dos 60 anos, o câncer é mais benigno. Modernamente é este o tratamento dos melanomas: ressecção do tumor e de todo o tecido aponeurótico.

*Não pratique atos nem assuma atitudes que possam levar seu filho a tornar-se interesseiro ou hipócrita. — SNES.*

**"Eficiente quimioterapia tópica", anti-infecciosa pela prolongada concentração salivar da Sulfadiazina**



**Efeito  
hemostático  
pela  
Sulfadiazina.**

Tratamento local direto das feridas septicas da garganta e da boca, das amigdalites e faringites agudas, gengivites e estomatites infecciosas.



**LABORATÓRIO YATROGAN LTDA.**

Seção de Propaganda:

PARQUE D. PEDRO II, 870-876 — TEL. 3-5916  
(Rêde interna) — São Paulo

**Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA**

## DEPARTAMENTO DE UROLOGIA, em 1 de março de 1950

Presidente: Dr. Athayde Pereira

**Tumor dos testículos e metástase cerebral.** — Dr. Darcy Villela Itiberê. — O presente caso é interessante sob dois aspectos: 1) o aparecimento simultâneo de tumor nos dois testículos (seminoma primário bilateral); 2) porque o doente nunca notara nada que chamasse sua atenção para os órgãos genitais externos. O paciente veio do interior, a fim de consultar um neurologista por apresentar dores de cabeça, vômitos e crises convulsivas periódicas. O exame neurológico, realizado pelo Prof. Paulino W. Longo, revelou tratar-se de um tumor cerebral. Notou, todavia, o Prof. Paulino Longo, que os testículos estavam algo aumentados de volume e eram de consistência pétreia. Torno a salientar que o paciente não se referia aos seus órgãos genitais, nada sentindo nos mesmos. Chamado a examinar o doente, encontrei um jovem de 27 anos, de cor branca, bastante emagrecido e abatido. No momento, só referia dor de cabeça; negava sintomas urinário. Os testículos apresentavam-se pouco aumentados de volume, de consistência dura, superfície lisa, indolores à palpação. Cordões espermáticos livres, aparentemente normais. Pênis normal. Ao toque retal, a próstata e vesículas seminais eram normais, não se palpando nenhuma infiltração tumoral ou inflamatória. Resultado da biopsia bilateral (Dr. Walter E. Maffei): seminoma bilateral simultâneo. O tratamento instituído foi a radioterapia profunda na cabeça e nos tes-

ticulos e regiões inguinais. A melhora do estado geral, das dores de cabeça e dos vômitos, foi imediata, reanimando-se o doente, podendo locomover-se e alimentar-se. Completada a série indicada, o paciente retirou-se do hospital, ficando de voltar, dias depois, para a orquidectomia bilateral, operação que foi recusada. Neste interim, o paciente começou a acusar dores dorso-lombares e, ao exame clínico geral, notava-se um gânglio supraclavicular esquerdo, índice provável de contaminação ganglionar dos gânglios para-aórticos. O paciente entrou logo em caquexia, as dores lombares se agravaram e assim veio a falecer, 3 meses, mais ou menos, depois do início de todos os sintomas. O caso merece registro pela sua raridade (cento e poucos registrados em toda a literatura) e pela metástase brutal e precoce que o tumor primitivo apresentou.

**Comentários:** — Dr. Athayde Pereira: A orientação do tratamento das metástases pela irradiação, deve ser: primeiro irradiar, por campos abdominopélvicos, os gânglios ileopélvicos; por campos abdominais, os gânglios preaórticos; por fim, campos que atingem os gânglios supraclaviculares, pois esta é a ordem de sequência da propagação por metástase ganglionares. Os gânglios inguinais só serão atingido por estas quando já afetados os gânglios ileopélvicos; portanto, sua irradiação será mais tardia.

## SECÇÃO REGIONAL DE BARRETOS, em 30 de dezembro de 1949

Presidente: Dr. Wilson Ferreira de Mello

**Metabolismo basal (conferência)** — Dr. Wilson Ferreira de Mello. — Começa o conferencista estabelecendo as bases da metabolização, em estudo resumido da energia química e do calor, passando em

revista as oscilações calóricas no indivíduo normal e o papel nelas desempenhado pelos diferentes alimentos. Estabelece o balanço metabólico oriundo do alimento ingerido e das substâncias excretadas

e chega à definição de caloria. Dá a tabela do valor energético das proteínas, hidratos de carbono e gordura. Estuda, depois, o valor térmico do oxigênio (quociente respiratório) e fixa o quociente respiratório para os glicídios, gordura e protídios. Estabelece, em seguida, os princípios da calorimetria, descrevendo os diferentes tipos de calorímetros de circuito fechado e de circuito aberto ou de ar corrente.

Chega, por fim, ao conceito de metabolismo, definindo-o, com Best Taylor: "Metabolismo é o término empregado para abranger os diferentes processos químicos que ocorrem no interior dos tecidos e dos quais dependem o crescimento e a produção de calor do corpo que, por sua vez, dá lugar à energia necessária para a atividade muscular e para a manutenção das funções vitais". Depois de resumir o estudo de produção mínima de calor ou metabolismo mínimo, o autor estuda o metabo-

lismo básico e os fatores que o influenciam — alimentação, idade, sexo, superfície corporal, peso, trabalho e temperatura — e compara a determinação do metabolismo básico em indivíduos normais, mostrando os padrões do Rio de Janeiro e estabelecendo as variações do metabolismo básico dentro dos limites da normalidade. Concluindo, passou em revista as modificações que os diferentes estados patológicos imprimem ao metabolismo, principalmente as doenças das glândulas de secreção interna e as doenças da nutrição.

**Abdome agudo** — Dr. Aldemar de Meira — Tratava-se de uma oclusão mecânica, em adulto, por invaginação de divertículo de Meckel em alça que estava em péssimo estado de vitalidade, e recompôs o trânsito com enteroanastomose término-terminal. O paciente, cujo estado era muito delicado, veio a falecer, de choque operatório, 24 horas depois.

#### SESSAO EM 14 DE JANEIRO DE 1950

Presidente: Dr. Wilson Ferreira de Mello

**Atresia ano-retal com fistula reto-vaginal.** — Dr. Julio Costa — Foi apresentado um caso de atresia ano-retal com fistula reto-vaginal em criança de 5 meses de idade, sem fenômenos oclusivos, tendo o autor feito uma revisão da literatura para a correção cirúrgica dos casos sem oclusão, focalizando o papel básico desempenhado pelos 5 primeiros anos de vida sobre a personalidade, como um marco a decidir a controvérsia da sífilis como causa de qualquer

anomalia do trato intestinal, em face da circunstância do desenvolvimento daquele aparelho se completar no segundo mês de vida, enquanto que, à luz dos atuais conhecimentos, o "treponema pallidum" só pode atingir o feto a partir do 5.º mês. Foi mencionada a imputação das viroses ocorridas no curso da gravidez e do fator Rh como possíveis causas de anomalias, sendo frisada a ausência de tais ocorrências na gênese do caso relatado.

#### SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE CAMPINAS, em 28 de Fevereiro de 1950

Presidente: Dr. Arsélio Osvaldo Sevá

**Influência do clima e dos fatores meteorológicos que o compõem, sobre as doenças cíclicas, principalmente malária e febre tifóide** — Pelo Dr. João Evangelista Azevedo

Costa (convidado) — O autor falou sobre a influência do clima no aparecimento da malária e da febre tifóide. Apresentou fórmula matemática para explicação do que ex-

punha e relacionou a recente epidemia de tifo na cidade de Campinas ao fator chuva.

**Contribuição da radiologia no abdome agudo por oclusão intestinal.** — Dr. Antônio Carlos de Souza. — O autor iniciou limitando o assunto aos aspectos puramente radiológicos das síndromes oclusivas agudas do intestino e ressaltou a importância do exame radiológico no diagnóstico precoce e, muitas vezes, pré-clínico destes estados, aconselhando, como faz Abel, a tomar radiografias de "todo operado que se queixe de gases". Após fazer referências a cuidados e recursos de ordem técnica, chamou a atenção para os sinais radiológicos cardiais que permitem o diagnóstico de ileo (gases e líquidos no intestino, assumindo uma disposição particular e formando as imagens conhecidas por: níveis líquidos ou espelhos, tubos de órgãos, "step-ladder" ou escada, etc.). Estudou, depois, outros aspectos radiográficos que permitem o diagnóstico de **perfuração** do tubo gastro-intestinal (pneumoperitônio) e de irritação peritoneal ou

peritonite (exsudato intraperitoneal).

Passou, em seguida, aos "elementos radiológicos de localização do ileo", isto é, do nível de oclusão. Depois de distinguir os ileos mecânicos e paralíticos e, estes, em peritoníticos e não peritoníticos, discorreu sobre os sinais radiológicos diferenciais de cada um, referindo-se, particularmente, ao que Del Campo chamou de "ileo regional sintomático". Finalmente, procurou mostrar como pode a Radiologia, em certos casos (invaginação e volvo do sigmoíde), fazer o diagnóstico diferencial entre obstrução simples e estrangulação.

Concluiu o autor afirmando que todos os aspectos e sinais radiológicos referidos, para serem interpretados com acerto, devem estar sempre intimamente relacionados aos sinais e sintomas clínicos e que não se deve firmar um diagnóstico sobre uma base exclusivamente radiológica. No sentido de objetivar suas asserções, o autor fez-las acompanhar de vários clichês radiográficos.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DO DIA 15 DE MARÇO DE 1950

Presidente: dr. Nogueira Martins

**Fistulas gastro-jejuno-cólicas** — Dr. Juan Carlos Guzzetti de Buenos Aires. O A. proferiu uma conferência sobre as fistulas gastro-jejuno-cólica. Discorreu inicialmente mostrando as teorias patogénicas e acentuando a tendência penetrante da úlcera peptica pós-operatoria, que invade o mesocolo-transverso, onde produz tecido escleroso retrátil, atraindo o colo transverso para a zona da boca anastomótica. E, então, a tendência penetrante faz com que se estabeleça a fistula gastro-jejuno-cólica. Descreveu a anatomia patológica da lesão, a sua sintomatologia (diarreia persistente, dor, eructações de odor fecaloide, vô-

mitos biliosos, alimentares e fecales). O curto-círculo determina desidratação e caquexia precoce. O exame radiológico facilita o diagnóstico, devendo-se fazer sempre o clister opaco, pois as vezes há uma válvula que impede ou dificulta a passagem de contrastes ingerido. O tratamento cirúrgico deve ser em 3 ou 2 tempos (derivação das fezes e ressecção) preferível à intervenção em um só tempo. Descreveu a técnica mais aconselhável nesse tipo de operação.

**Discussão:** — Usou da palavra o dr. Eurico Branco Ribeiro, que fez considerações sobre o assun-

# BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

*Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.*

*Aborta, sem exceção, os ataques no seu início.*

*Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.*

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

## LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

### REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm<sup>3</sup>  
5 " " 10 cm<sup>3</sup>  
5 " " 5 cm<sup>3</sup>

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

## LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

Cafeína — Salicilato de sódio

### ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

*Fabricante:*

Silbe H. O. — Amsterdan — Holanda

*Distribuidores:*

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

to e felicitou o autor, no que foi secundado pelo presidente, que salientou a maneira por que foi o assunto desenvolvido.

**"O cancer do coto gastrico":**  
dr. Eurico Branco Ribeiro. O A. falou sobre o cancer do coto gástrico, mostrando a raridade da ocorrência à luz das estatísticas recentes. Apresentou um resumo da história de dois doen-

tes que teve a ocasião de acompanhar.

Falaram sobre o assunto os drs. Generoso Concilio e Hercílio Marroco, acentuando a necessidade de se fazer o exame histológico, acentuando a necessidade de se fazer o exame histológico sistemático dos estomagos ressecados. Estiveram presentes 17 médicos.

#### SESSAO DO DIA 27 DE MARÇO DE 1950

Presidente: dr. Nogueira Martins

**Estagiários** — Dr. Nogueira Martins. Aprovada a ata, o dr. Nogueira Martins proferiu palavras de despedida aos dois estagiários que estão terminando o seu tempo de estada no Sanatório São Lucas — drs. João Fleury Rocha e Abimael Rodrigues Cruz. Depois de agradecer as palavras do presidente, o dr. Abimael Cruz discorreu sobre:

**Possibilidades atuais da cirurgia do coração.** O autor apresentou uma atualização dos conhecimentos sobre cirurgia do coração e grandes vasos. Fez diversas considerações sobre o assunto. Depois dividiu as indicações cirúrgicas: I Doenças adquiridas: pericardite aguda supurativa, pericardite crônica constrictiva, esclerose coronária, tumores primários do coração, ferimentos não penetrantes, penetrantes e corpos estranhos; II anomalias congênitas: persistência do canal arterial, coarcação da aorta, tetralogia de Fallot, estenose pura da artéria pulmonar, anel aórtico, disfagia lusoria, fechamento incompleto dos septos cardíacos. Discorreu sobre a técnica melhor indicada para cada caso.

**Discussão:** — Usou da palavra o dr. Moacir Boscardin, que discorreu sobre a experiência do prof.

Albanese rē Buenos Aires, com quem teve a oportunidade de praticar a cirurgia do coração. Referiu um caso operado pelo dr. Paulo Bressan de eneurisma da subclávea, tratado com envolvimento por celofane, com ótimos resultados. O dr. Nogueira Martins cumprimentou o orador pela comunicação feita e recordou o trabalho apresentado nesta Sociedade pelo dr. Correia Castillo de Santiago, Chile, sobre ferimentos do coração.

**A cirurgia infantil nos Estados Unidos** — O dr. Fabio do Amaral falou sobre a cirurgia infantil, relatando o que observou nos Estados Unidos em 1949, quando visitou os principais centros norte-americanos onde se pratica cirurgia infantil. Apreciou aspectos curiosos da cirurgia geral na criança, citando uma série de mais de 500 casos de hipertrofia do píloro sem mortalidade.

Na discussão o dr. Abimael Cruz lembrou que no Brasil existem em algumas escolas médicas a cadeira de Cirurgia Infantil associada à Ortopedia. O dr. Russi falou sobre o problema da hidratação em cirurgia infantil.

Ainda sobre a cirurgia infantil falou o dr. Nogueira Martins, encerrou a sessão. Presentes 16 médicos

**DAQUINOL - na gripe e na pneumonia**

# DISCURAL



PODEROSO ANTIAMEBIANO, ANTISPASMÓDICO  
e ANTIDISENTÉRICO

## ANTIAMEBIANO

DIIODOHIDROXIQINOLEÍNA

## ANTISPASMÓDICO

PROFENAMIN

## ANTIDISENTÉRICO

PECTINA

3 VALIOSAS PROPRIEDADES  
FARMACOLÓGICAS EM  
UM SÓ COMPRIMIDO.

No British Medical Journal de 16 de Junho de 1945, p. 831, MORTON escreve: "Diiodohidroxquinoleína é dentre os derivados da oxiquinoleína, o melhor medicamento no tratamento da amebíase e constitui uma valiosa contribuição à terapêutica das formas insidiosas e das formas resistentes".

DISCURAL



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6.4572  
SÃO PAULO

# A CRISE ASMÁTICA

## SUAS ARMAS TERAPÉUTICAS

**FILINASMA** 

**NOVADREN** 

A terapêutica da crise asmática está condicionada ao conhecimento de seu substrato anatômico e de sua fisiopatologia.

### 1.º) SUBSTRATO ANATÔMICO

Resumidamente verifica-se um edema das paredes bronquicas; "a urticária da mucosa bronquial" (Clearf).

### 2.º) FISIOPATOLOGIA

Bronco-espasmo com manifestações hipercolinérgicas que se traduz pela dispneia paroxística bem conhecida.

Dante do quadro dramático em que se encontra o asmático em crise, deve-se lançar mão de uma terapêutica rapidamente eficiente. Dispõe-se atualmente de uma substância a isopropil-nor-adrenalina, conhecida sob o nome de NOVADREN, que realizará uma bronco-dilatação intensa e quasi instantânea, verificando-se o alívio do doente ao cabo de poucos segundos. O NOVADREN será administrado em inalações ou em comprimidos de absorção perlungual.

A eupneia obtida com NOVADREN será infelizmente, em certos casos, pouco duradoura. Convém logo após, estabelecer um estado refratário ao desencadeamento de novo acesso. Dispõe-se para este fim o FILINASMA, que, por seus elementos bronco-dilatadores, antialérgicos, vagolíticos, simpaticolíticos e sedativos, conseguirá não só abortar a crise asmática, mas também, evitar seu reaparecimento por longo tempo. Numerosos são os doentes que conseguem manter-se em eupneia após o uso prolongado de FILINASMA.



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**  
Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572  
SÃO PAULO

## Santa Casa de Misericórdia

### REUNIAO DE 16 DE MAIO

Presidente: Dr. José Ayres Netto

**Síndrome de Albright** — Prof. W. Bernardelli. Realizou-se no dia 16 de maio, sob a presidência do dr. J. Ayres Netto, diretor clínico da Santa Casa, em sessão conjunta da Sociedade de Medicina e Cirurgia e do Ambulatório de Endocrinologia, uma conferência do prof. W. Bernardinelli, catedrático da Faculdade Nacional de Medicina e diretor do Instituto de Endocrinologia, recém-inaugurado, da Santa Casa do Rio de Janeiro.

O conferencista tratou do tema: "Síndrome de Albright" (com apresentação de casos clínicos), que foi muito apreciado pelos presentes por constituir assunto de escassa verificação em nosso meio e que foi

muito bem estudado pelo autor, que se apoiou em cuidadosa observação clínica de dois casos.

Antes de iniciar-se a conferência, falou o dr. J. A. de Mesquita Sampaio, chefe do Ambulatório de Endocrinologia, justificando a ausência do prof. Nicola Pende, por motivo de doença, e ao mesmo tempo para solicitar do prof. W. Bernardelli que faça a entrega do diploma de socio ao prof. Pende, que lhe conferiu a Sociedade de Medicina e Cirurgia em vista dos seus elevados méritos, mundialmente reconhecidos, e de acordo com a proposta feita e assinada por numerosos membros dessa sociedade.

## Instituto Latino-Americano de Radon

### REUNIAO MÉDICO-CIENTIFICA DE 25 DE MAIO

Presidente: Dr. Eurico Branco Ribeiro

**Eczema infantil** — O dr. Mario Fonzari relatou dos bons resultados obtidos em mais alguns casos de "eczema infantil". Frisou a necessidade de se iniciar o tratamento com doses fracas, tateando a sensibilidade do doente ao radon. Foram relatados também, os resultados favoráveis obtidos em três casos de radiodermite com o emprego de pomada de radon. O dr. Eurico Branco Ribeiro

comentou um caso de cancer do labio, tratado pelo radium, no qual ficara como sequela, intensa dor ao nível da cicatriz; o radon com poucas aplicações fez desaparecer a dor.

O dr. Mario Fonzari fez ressaltar que esses resultados são obtidos com uma pomada de radon de apenas 100 ues (unidades eletrostáticas).

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

## Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho

### SESSAO DE 4 DE MAIO

Presidente: Prof. Jairo Ramos

**Socialização da Medicina** — Prof. Jairo Ramos. O orador analisou pormenorizadamente as causas do problema e seus feitos varios e as possiveis iniciativas a serem tomadas pela classe medica no interesse do publico e dos profissionais da medicina, bem como concitou os medicos a abrirem o debate sobre questao tão importante para a classe.

Falaram em seguida, expondo o resultado das suas observações e experiencias no trabalho medico em regime Socialização, os drs. Jairo Guimarães, Edgard Amatto, Quintilano Mesquita e Breno Silva, representando respectivamente os

medicos do I.A.P.C., I.A.P.E.T.C., I.A.P.B. e SESC. O SESI, embora convidado, declinou do convite.

Posteriormente foi o assunto alvo de comentarios tambem por parte de inumeros dos presentes. Ao encerrar a sessao o presidente, dr. Arioaldo Carvalho, frizou a sua intenção de forçar a abertura de debates sobre a questao da medicina socializada que avança rapidamente de maneira unilateral e injusta, sem que pareçam se aperceberem do perigo que isso representa para o futuro da profissão e da ciencia medica.

## Outras Sociedades

**Associação Paulista de Medicina**, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Prof. Samuel B. Pessoa — Necrologio de Prof. Antonio Carini; 2) Dr. José Toledo Piza — Antibióticos na Febre Tifoide e Febre Maculosa; 3) Dr. J. O. Coutinho e dra. Maisa Amorim Coutinho — Notas sobre a fixação do complemento com antígeno específico no diagnóstico da esquistossomose mansônica; 4) Drs. J. O. Coutinho e A. Silvany Filho — Notas sobre um inquérito coprologico efetuado em pacientes internados no Hospital de Santa Isabel, Salvador, Bahia.

— Departamento de Neuro-psiquiaria, sessão de 5 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Drs. Aloysio Mattos Pimenta, Octavio Lemmi e Jaime Nasser — Síndrome de hemiplegia alterna; 2) Drs. Aloysio Mattos Pimenta, Estanislau Krinsky, Celso Pereira da Silva e Walter Edgard Maffei — Toxo-

plasmose, forma cerebral; 3) Dr. Waldemar Cardoso — Quadro de encefalite psicosica azotêmica aguda (Marchand) no decurso da paralisia geral. A propósito de 4 casos.

— Departamento de Dermatologia e Sofiligráfia, sessão de 11 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Benjamin Zilberberg — Um ano de Dermatosofilografia em Paris; 2) Drs. Vicente Zamith Manana e Manoel T. Hidal — Tratamento da sifilis pelas penicilinas (FolloWup de 50 casos) 3) Dr. Afonso Bianco — Eczema e sicose estafilococica do labio superior.

— Departamento de Pediatria, sessão de 12 de maio de 1950, ordem do dia: Prof. Pedro de Alcantara — Comentários sobre a alimentação no 1.º ano de vida.

— Departamento de Patologia, sessão de 16 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. José de Oliveira Coutinho — Provas de laboratório para o diagnóstico da Schis-

A ação lipotrópica é imprescindível  
no tratamento das doenças do fígado...

# HEPATOCAICO

LABOR

## Eficiência Lipotrópica Máxima

### APRESENTAÇÃO

**Injectável** - caixa de 6 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>

**Injectável ampolas de 5 cm<sup>3</sup>** - caixa de 6 ampolas de 5 cm<sup>3</sup>

**Drágeas** - frasco de 20 drágeas.

### COMPOSIÇÃO

**Injectável** - cada ampola contém:

d, 1 Metionina .....	100,0 mg
Lipocáico .....	100,0 "
Extrato anti-tóxico do fígado...q. s. ad. .....	2 cm <sup>3</sup>

**Injectável ampolas de 5 cm<sup>3</sup>** - cada ampola contém:

d, 1 Metionina .....	250,0 mg
Lipocáico .....	250,0 "
Extrato anti-tóxico do fígado...q. s. ad. .....	5 cm <sup>3</sup>

**Drágeas** - cada drágea contém:

d, 1 Metionina .....	100,0 mg
Lipocáico .....	100,0 mg
Princípios anti-tóxicos do fígado concentrados de 2 cm <sup>3</sup> dos extractos (técnica de G. Villela) .....	32,0 "

### INDICAÇÕES

**Insuficiências hepáticas em geral** - Estados pré-cirróticos do fígado  
Desordens do metabolismo das gorduras.

### MODO DE USAR

**Injectável** - 1 a 2 ampolas por dia, ou segundo critério médico.  
Via intramuscular.

**Drágeas** - 2 ou mais drágeas por vez, 2 vezes por dia, ou segundo critério médico.

**LABORTERAPICA S. A.**

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)  
SANTO AMARO (SAO PAULO)

tozomose. Seu valor em clínica; 2) Drs. Roberto Aidar Aun e Virgílio Alves de Carvalho Pinto — Sobre um caso de tuberculose primária intestinal.

— Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 17 de maio de 1950, ordem do dia: Dr. Moysés Cutim — Meningite Otogênica A. Coli (com apresentação do doente); 2) Dr. Ótacilio Lopes — Nota sobre post-operatório amigdaliana; 3) Fabio Barreto Matheus. Corpo estranho simulando sinusite frontal.

— Departamento de Tisiologia, sessão de 23 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Decorticação pulmonar na tuberculose — Dr. Bindo Guino Filho; 2) Ressecção pulmonar na tuberculose — Drs. Gabriel Botelho, Alberto Chachap, Horácio de Lima Pereira e Osvaldo do Vale Codeiro.

— Departamento de Medicina, sessão de 24 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Tito Ribeiro de Almeida — Rim artificial. Indicações. Resultados obtidos; 2) Drs. Tito Ribeiro de Almeida, Bernardino Tranchesi e Israel Nussen-zveig — Nefrose mercurial. Tratamento clínico e emprego do rim artificial; 3) Drs. Carlos Villela de Faria, Masaguchi Goto e Antranik Manissadjian — Discussão anatomo-clínica. Apresentação de um caso do Pronto Socorro.

— Departamento de Urologia, sessão de 25 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. José Taliberti — Nefrectomia por sarcoma do rim. Considerações a propósito de um caso; 2) Dr. Augusto A. da Mota Pacheco. Carcinoma papilífero da uretra; 3) Dr. Roberto Rocha Brito — Evolução de um carcinoma papilífero bacineti; 4) Dr. José Martins Costa — Uretro sigmoidostomia.

— Departamento de Anestesiologia, sessão de 31 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Alberto Caputo — Drenagem de postura em anestesia para cirurgia pulmonar; 2) Dr. Antonio Pereira de Almeida — Apresentação de dois casos de óbito pelo ciclopropano.

**Centro de Estudos Franco da Rocha**, sessão de 31 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Proxterapia em hospital de Agudos — Dr. Eurípedes Constantino Miguel; 2) Considerações sobre terapêutica ocupacional em alcoolatras — Dr. Pedro da Silva Dantas.

**Centro de Estudos da Maternidade**, sessão de 22 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Paulo Schmidt Goffi — Indicações de parto operatório; 2) Dr. A. Francisca Martins — Considerações táticas sobre o tratamento do cancer do útero.

**Centro de Estudos dos Médicos da Divisão de Tuberculose**, sessão de 27 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Jos. Rosemberg, Nelson Souza Campos e Jamil Aum — Da relação imuno-biológica entre tuberculose e lepra. I. Ação positivante do BCG sobre a reação Mitisuda.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 10 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Curso de biomicroscopia ocular (continuação) — Dr. J. Mendoça de Barros; 2) Aspectos bioquímicos de estratos placentários segundo Filatov — Dr. P. Koering; 3) Tecidoterapia — Dr. Rubens Belfort de Mattos.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 16 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Curso sobre biomicroscopia ocular (continuação) — Dr. J. Mendoça de Barros; 2) Toxemia gravídica — Dr. Domingos Delascio.

**Centro de Estudos de Oftalmogia**, sessão de 23 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Biomicroscopia ocular (continuação) — Dr. J. Mendoça de Barros; 2) Toxoplasmose — Prof. Domingos Delascio.

**Hospital do Juqueri**, sessão de 5 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Horácio Belfort de Mattos — Demência esquizofrenica; 2) Dr. José Olímpio Rios — Demen-

# Durante a Sulfamidotерапия

## SULFACOMBINAÇÃO

Protege o Rim contra:

Cristalúria

Síndrome do nefron inferior

Dispensa o uso de alcalinizantes

Elimina as reações de hipersensibilidades

## METIONINA

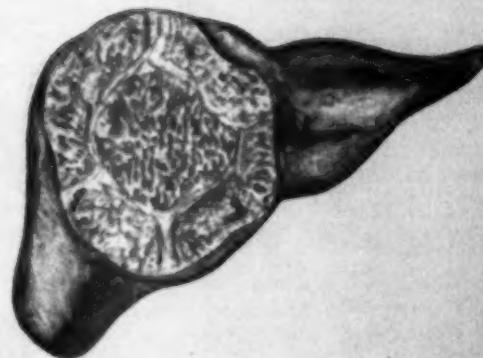
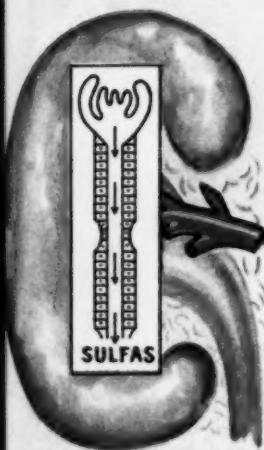
Protege o Fígado contra:

Necrose Focal

Degeneração gordurosa

Hepatite

Elimina a ação tóxica das sulfas sobre o fígado lesado



# SULFOMETIUNIN

Sulfadiazine . . . . .	0,20 g
Sulfametazine . . . . .	0,15 g
Sulfamerazine . . . . .	0,15 g
METIONINA . . . . .	0,20 g
Excipiente q.s.p. . . . .	0,90 g

**PRAVÁZ, LABORATÓRIOS S. A.**

São Paulo - BRASIL

# SULFAMETIONIN

## SULFAMETIONIN

### SULFAMETIONIN

#### SULFAMETIONIN

##### SULFAMETIONIN

###### SULFAMETIONIN

###### SULFAMETIONIN

###### SULFAMETIONIN

###### SULFAMETIONIN

EM TODAS AS INFECÇÕES POR AGENTES SENSÍVEIS ÀS  
SULFAS (GONO, - MENINGO, - PNEUMO, - ESTREPTO -  
E ESTAFILOCOCOS) PLASTOMICOSE E TRACOMA.  
EM PARTICULAR QUANDO NAS INFECÇÕES CITADAS EXISTE LESÃO  
HEPÁTICA OU INTOLERANCIA ÀS SULFAS.



**PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.**

Rua Jandira 20-30 — São Paulo - Brasil

cia senil e arterioesclerose cerebral. Diagnóstico diferencial. Apresentação de casos.

**Hospital de Juqueri**, sessão de 6 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Psicose por lesão cerebral; 2) Hematoma sub-dural — Edema cerebral; 3) Oligofrenia — Anemia secundária; 4) Tabo-paralisia — Piélonefrite crônica — Drs. Otávio L. de Barros Salles, Spartaco Vizzotto, Romeu Habib e Diogo Canteras Garcia.

**Hospital de Juqueri**, sessão de 12 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dra. Rachel S. Mendes — Discussão em torno de uma psicose desencadeada no puerperio; 2) Dr. Mario Yahn — Resumo e comentários sobre o quarto tema do I Congresso de Psiquiatria de Paris. Indicações respectivas dos métodos de choque.

**Hospital de Juqueri**, sessão de 26 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Quadro delirante crônico — Dr. Euler Sandeville; 2) Psicose por lesão cerebral provavelmente arterio-esclerótica — Discussão dos sinais "localizadores": zona parietal alta — Dr. Francisco Carlos Collet e Silva; 3) Síndrome parieto-temporal com repercussão frontal de etiologia arterio-esclerótica — Dr. Ibrahim Mathias; 4) Tema prático: Estado onírico e fixação post-onírica — Dr. Aníbal Silbeira.

**Hospital Psiquiátrico Pinel**, sessão de 3 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Apresentação de um caso de paralisia geral — Dr. Sebastião Machado; 2) Catamnese de um caso de psicose situativa já apresentado — Dr. José N. de Almeida Prado.

**Seminário Oftalmológico**, sessão de 17 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Alterações do vítreo — Dr. João Carlos Celeste.

**Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciencia**, sessão de 30 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Aspectos atuais da fisiologia do músculo liso — Dr. N. Ambashe.

**Sociedade de Estudos Médicos**, sessão de 26 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Ferimentos arteriais — Prof. Alípio Correia Neto.

**Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo**, sessão de 3 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Simpósio sobre diagnóstico e tratamento das entero-colites crônicas não específicas — Prof. Felipe Figliolini, e drs. Haroldo de Azevedo Sodré, José Fernandes Pontes e Victor Van Der Reis.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 3 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Mieloma ou sarcoma de Ewing — Dr. João Sonnleithner; 2) Embolectomia — Dr. Paulo Bressan; 3) Raqueanestesia com associação de substância de retardo — Dr. Orlando Bertolli; 4) Tratamento do coqueluche com nebulização de estreptomicina — Dr. Mario Seráphico.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 17 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Levant Pires Ferraz — Considerações sobre três casos clínicos do aparelho digestivo; 2) Dr. Orlando Henrique da França — Considerações sobre o valor semiológico e terapêutico dos alergenos; 3) Dr. Paulo Bressan — Embolectomia.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 31 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Mário Serefico — Tratamento da coqueluche por nebulizações de estreptomicina; 2) Fistula abdominal post-operatória — Dr. Orlando Bertolli.

**Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa**, sessão de 17 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. Levant Pires Ferraz — Considerações sobre três casos clínicos do aparelho digestivo; 2) Dr. Orlando Henrique da França — Considerações sobre o valor semiológico e terapêutico dos alergenos; 3) Dr. Paulo Bressan — Embolectomia.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 3 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Prof. Antonio de Almeida Prado, Drs. J. A. de Mesquita Sampaio e J. Pedreira Freitas — Considerações sobre um caso completo de doença de Basedow; 2) Dr. Nicolau de Moraes Barros Filho — Considerações sobre o tratamento cirúrgico do hipertireoidismo.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia**, 16 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Dr. J. Carvalhal Ribas — Advertência acerca de uma nova toxicomania. A propo-

sito de um caso; 2) Dr. Antonio Miguel Leão Bruno — Psicodiagnóstico de Roschach e capacidade de amputação.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia**, sessão de 30 de maio de 1950, ordem do dia: 1) Advertência acerca de uma nova toxicomania. A propósito de um caso — Dr. J. Carvalhal Ribas; 2) Infanticídio sob influência de estado puerperal, com amnésia psicogena posterior. Apresentação de um caso perical — Dr. José C. Ferraz Sales.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Anais do Instituto Pinheiros**, Vol. XIII, n.º 25, jan. 1950 — Ferri, R. G. — Antitoxinas e antivenenos. Pureificação e concentração; Corrêa, A. e Guidolin, R. — Incidência da amiloidose hepática e esplênica em cavalos de imunização; Guidolin, R. e Ferri, R. G. — Estabilidade das antitoxinas. I — Influência do ph em função do tempo. II — Variação intrínseca da ph das soluções de antitoxina; Lamounier, R. D. e Corrêa, A. — Determinação do índice icterico de cavalos em imunização e sua relação com ruptura hepática; Janszky, B. — Progressos recentes no estudo da coagulação sanguínea; Pereira, Arnaldo — Serviço antirrábico descentralizado do Instituto Pinheiros. Estatística do 2.º semestre de 1948.

**Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental**, vol. XII, n.º 6, novembro-dezembro 1949. Estudo anatômico de particularidades da superfície interna da veia ilíaca comum esquerda: adesões, septos e valvulas (tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e aprovada com distinção, grau 10 em 3-11-49) Liberato João Affonso Di Dio.

**Boletim da Santa Casa**, vol. 1, n.º 5, 1950. As possibilidades da Santa Casa de São Paulo como centro de ensino médico — Prof. Oscar Monteiro de Barros; O problema da especialização médica em São Paulo — Dr. M. O. Roxo Nobre; A Leishmaniose tegumentar, um grave problema Médico-Social — Dr. Salustiano Filho; Sobre o tratamento da febre tifóide pela Cloromicetina — Prof. Oscar Monteiro de Barros; Hipertireoidismo. Considerações gerais — Dr. Emílio Athie; Cloromicetina intratraqueidea no homem — Drs. Olavo Trindade e Francisco Nastri; Serviço de anestesia e gasoterapia — Dr. Roberto Ayres Araujo.

**Caderno de Terapêutica Labor**, vol. 1, n.º 1, 1950. Novas diretrizes da terapêutica — Prof. Cantidio de Moura Campos.

**Maternidade e Infância**, vol. VII, n.º 5, setembro-dezembro 1949. Etiopatogenia do descolamento da placenta normalmente implantada. Ensaio de classificação das toxemias gravídicas — W. de Souza Rudge; Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida. Tratamento — José Gallucci; Con-

# “INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA

## DAUSSE

VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES

### DOSES DIÁRIAS

#### FORTES

100 à 600 gôtas

Crises hemorroidárias agudas  
Ulceras varicosas  
(Para serem usadas nos  
normotensos)

#### FRACAS

10 à 20 gôtas

Para  
as demais  
indicações

# “INTRAIT” DE VALERIANA

DAUSSE

### SEDATIVO VEGETAL

2 a 3 colheres das de chá por dia.



FABRICADO NO BRASIL COM LICENÇA ESPECIAL DOS LAB. DAUSSE — PARIS — FRANÇA  
PELOS LABORATORIOS ENILA S. A., RUA RIACHUELO, 243 — CAIXA POSTAL, 484 — RIO  
FILIAL: RUA MARQUES DE ITU, 202 — SÃO PAULO

duta terapêutica no descolamento da placenta normalmente implantada — Dr. W. Souza Rudge e Dr. Arthur de Almeida; Sinais radio-lógicos de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida — Dr. Antonio S. Clemente Filho e Dr. Jorge J. C. Tavares.

**Neuronio**, vol. XI, n.º 1, 1.º trimestre, 1950. Aspectos psico-somáticos do riso — Dr. J. Carvalhal Ribas.

**Resenha Clínico-Científica**, ano XIX, n.º 4, abril de 1950. Efeitos tóxicos das altas doses de vitamina D2 na infância — Walter Telles; Considerações sobre a atividade dum departamento de neurocirurgia — Angelo Chiasseroni; Considerações sobre o curare — Ettore Biocca; Os ultra-sons em medicina — Giulio Bosco.

**Revista Paulista de Medicina**, vol. 36, n.º 4, abril de 1950. A plângografia e seu papel na orientação do tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar — Drs. Paulo de Vilhena Moraes e Eduardo Etzel; Cardiopatia crônica chagásica — Drs. Reinaldo Chiaverini, Renato Vaz Cerqueira, Paulo R. Rebocho e Dr. Carmen Rey; Contribuição ao estudo das anastomoses biliopancreáticas. Considerações em torno de um caso acompanhado durante 6 anos — Drs. Nicolau Moraes Barros Filho, Alvaro Dino de Almeida e José Fernandes Pontes; Comportamento dos leucócitos nos desvios de sensibilidade. Apresentação de cem observações — Dr. Orlando Henrique de França; Comentários sobre duas provas recentes para o diagnóstico biológico da gravidez. — Drs. José Ribeiro do Valle e Henrique A. Paraventi.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Colégio Internacional de Cirurgiões

**1.º Aniversário do Capítulo Brasileiro** — A diretoria do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões realizou no dia 30 de maio, às 21 horas, na residência do presidente, prof. Carlos Gama, uma reunião social íntima para comemorar a passagem do 1.º aniversário de sua 1.ª Assembléa. Presentes diversos médicos, entre os quais pudemos notar os drs. Aires Neto, Avelino Chaves, Sebastião Hermeto Junior, V. A. Carvalho Pinto, J. A. Soares Batista, Eurico Branco Ribeiro, O. Cintra Gordinho, representantes da Santa Casa da Misericórdia e da imprensa da capital, foi prestada pela diretoria do C. B. C. I. C. uma homenagem à imprensa como grande aliada na difusão dos ideais da Associação. O prof. O. Cintra Gordinho, livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e tesoureiro do Colégio, pronunciou um discurso, do

qual destacamos os seguintes tópicos:

O Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões está de parabens. Completa hoje o seu primeiro aniversário.

E para comemorá-lo, recebe festivamente em casa do seu primeiro presidente, os amigos e mais dois convidados de honra: os representantes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e os da imprensa desta cidade.

E qual senhores o significado desta distinção?

O Colégio Internacional de Cirurgiões, instituição quasi universal, possuindo Capítulos em 54 países, desejando dar uma demonstração do apreço, da admiração e do profundo agradecimento a todos os que contribuiram e facilitaram de alguma maneira a sua formação e instalação em nosso meio, não podia deixar de lembrar os nomes de

# NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS  
MANIFESTAÇÕES



**RUTINASE**  
INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

**LABORATÓRIO PELOSI S. A.**

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

## RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbamino-  
colina** foi resultado especialmente como o mais  
eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, re-  
latada e comprovada por observadores de autores  
absolutamente idôneos, descrita em publicações ci-  
entíficas, representam uma diminuta parte dos muitos  
ensaios realizados na Alemanha em período um pouco  
anterior à última guerra.

H. Kreitman, H. Nöll e W. Veiten, demonstraram  
que a ação da Carbaminocolina supera grandemente  
a da acetilcolina, tida até então como o mais eficaz  
derivado da colina, utilizado de preferência  
contra os mais variados estados patológicos, capitulados  
sob a denominação sintomática de hipertensão.

Age sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e se-  
creções das glândulas do conduto gasto-intestinal.  
Aumenta as contrações do útero grávidio e a se-  
creção salivar.

Gowertz, Von Doren e Pansini, verificaram que  
baixa o pressão arterial, com a devida reserva para  
os casos em que existe alteração orgânica dos vasos  
capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schulze e epologista sistemático da Car-  
bamino-  
colina no combate da retinose urinária, ob-  
servada após os partos e nas pacientes submetidas a  
intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados no quasi  
totalidade das casas supra mencionadas.

Quanto à **Rutina**, Griffith, Lindauer, Couch e Shan-  
non, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar,  
muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são  
numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos,  
foram amplamente divulgados em publicações ci-  
entíficas, dando origem ao crescente emprego do me-  
dicamento.

A Rutina não é acumulada no organismo e restau-  
relece a normalidade a fragilidade capilar aumenta-  
tada, sonando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia reti-  
niana, que, como se sabe, é agravada pelo diabete  
melitus e moléstias da hipófise.

### VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a facilidade  
de se contraírem, o que representa uma grave alte-  
ração orgânica nos mesmos, a ação da Carbo-  
minocolina poderá ser inerte, mas com a recente  
descoberta da ação terapêutica da Rutina, que per-  
mite restabelecer a sua necessária elasticidade (em  
85% dos casos, foi conseguido restaurar a fragili-  
dade capilar à normal), a associação dos duas me-  
dicamentos é lógicamente indispensável, visando uma  
finalidade terapêutica completa, o que representa um  
tratamento clínico simples para um estado patoló-  
gico grave e muito frequente, que se manifesta pela  
alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capi-  
pilar normal.

Griffith, Lindauer e Shannon, em uma estatística  
de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300  
pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminocolina  
é resultante de sua inalterabilidade relativamente  
grande no organismo (apenas levemente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justi-  
fica sua ação hipotensora, mesmo administrada por  
via bucal (Dufourante e Maréchal).

Quando houver necessidade de efeito hipotensor  
mais intenso, será mais indicada a forma injetável  
("RUTINASE, injetável"). A falta de pronta ação  
indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso,  
deverá ser ministrada maior quantidade de Rutina,  
recorrendo também à via oral, utilizando em con-  
junto a **Rutinase injetável** e a **Rutinase comprimidos**,  
podendo, em casos menos graves substituir esta di-  
finitivamente pelos simples comprimidos de Rutina (Compre-  
midos de Rutina "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no  
tratamento pela Rutina, a administração do medicação  
deve ser contínua e prolongada, ministrando  
também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vi-  
tamina C, ou às vezes, mesmo ainda, Vitamina K.

## RUTINASE Injetável

### Dosagem por ampola:

Clorato de Carbaminocolina puríssimo.....	0.00025
Butina purif.....	0.0040
Carbônico gás de sódio.....	g. b.
Sólido fisiológico isotônico.....	q. b.

Composição racional e original do Químico-  
Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes  
estudos alemães e norte-americanos.

### Acondicionamento:

Caixas de 10 e 100 ampolas.

### Propriedades terapêuticas:

Hipotensor. - Anti-espasmodico arterial. - Excitante  
do piso-simpático. - Depressor do simpático. - Ação  
antigástrica da adrenalina.

### Indicações:

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela  
ação hipotensora da Carbaminocolina), mesmo nos  
casos em que os vasos capilares tenham perdido parte  
de sua facilidade de se contraírem (pela ação, embora  
lenta, da Rutina).

Atonia dos apertores, digestivo e urinário, prin-  
cipalmente no retorno urinário após as operações  
cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vas-  
culares.

Preventivo e tratamento das acidentes vasculares,  
resultantes de alta pressão sanguínea, com ou sem  
fragilidade capilar.

### Contra-indicações:

Constituem contra-indicações os pacientes porta-  
dores de miocardite avançada, os de cardiopatia for-  
temente descompensada e naqueles casos em que se  
deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Procedimentos especiais devem ser tomados quando  
se tiver que empregar o medicamento em pacientes  
digitalizados, anestéticos, sujeitos a choques, ou por-  
tadores de úlcera péptica avançada e engino  
pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pôde  
ser suprimida mediante o emprego de uma injeção  
de atropina.

### Dose:

Maior ou todo o conteúdo de uma ampola (1  
a 2 cm³) em injeções subcutâneas ou intramuscu-  
lares; uma até três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas  
longe das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa.

## RUTINASE Comprimidos

### Dosagem por comprimido:

Clorato de Carbaminocolina puriss.....	0.002
Rutina purif.....	0.020
Excipiente.....	q. b. p.

Composição racional e original do Químico-  
Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes  
estudos alemães e norte-americanos.

### Acondicionamento:

Vidros de 50 comprimidos.

### Propriedades terapêuticas:

Hipotensor. - Anti-espasmodico arterial. - Excitante  
do piso-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo  
e curativo das hemorragias cerebrais e retinianas.

### Indicações:

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com altera-  
ção orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atonia dos  
apertores digestivo e urinário. Dores de cabeça pro-  
vocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar  
e suas consequências (hemorragias diversas, espe-  
cialmente senil).

### Contra-indicações:

As mesmas da forma injetável.

### Dose:

Meia a dois comprimidos, ingeridos com um pouco  
de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.

seus dois grandes aliados nesta jornada de confraternização geral entre os cirurgiões de todos os países.

A Santa Casa nos deu sede. Deu-nos o teto onde trabalhamos e de onde a direção e ordens são transmitidas aos recantos mais longínquos do patrio território.

A imprensa nossa grande aliada, forneceu-nos os meios fartos de que dispõe para facilitar a difusão desses ideais, pela discussão ampla dos conceitos que pregamos e defendemos a conquista de um mundo só na cirurgia universal.

Por ai vêm os nossos eminentes convidados de honra que uma razão superior nos aconselhou assim proceder e a reconhecer o valor inestimável de vossas amizades.

Na tradicional Bahia, terra genuinamente brasileira, quando da instalação de sua Regional, por delegação do nosso querido presidente tive a honra de representar o pensamento do Capítulo Brasileiro e grande foi o meu prazer em estender-me e dizer algo sobre o Colegio Internacional, sobre a sua formação, os seus fins, e como tinha ele nascido sob a egide do magnífico pensamento de Pasteur: "A ciencia não tem patria, o saber pertence à humanidade, a tocha que ilumina o mundo".

Nessa mesma ocasião apregoamos o sentido universal de nosso anel e o sentido moral de nossas atividades não entrando em linha de conta, questões raciais, religiosas ou políticas.

A maior credencial para admissão no Colegio era reservada ao padrão moral do pretendente, após eram consideradas a questão científica e outras exigidas pelo Regimento interno.

Assim conseguiu o Colegio reunir para mais de 10.000 associados, homens dignos e cheios de boa vontade que sob uma mesma bandeira trabalhavam em prol de um mundo melhor, auxiliados pelos seus estudos na cirurgia geral especializada.

E quem, meus senhores, poderia fornecer campo mais propício para a implantação dessas ideias, con-

substanciadas numa assistencia social ativa no ramo da cirurgia, que a nossa benemerita Santa Casa, em boa hora entregue à alta sabedoria e administração de v. excias., bandeirantes de uma nova geração, em busca e conquista de novas benemerências e glórias para esta terra abençoadas que é tambem a nossa terra querida...

Ainda ontem, a Imprensa, pelo seu grande órgão "O Estado de S. Paulo" publicava um artigo sobre o "Destino possível a ser dado à Santa Casa pela fundação de cursos de uma Faculdade de Medicina especializada de alto padrão".

Aí já declarava com a responsabilidade do cargo que tenho no Conselho Técnico, que a ela, estava reservado um futuro muito glorioso, o de abrigar novamente uma Faculdade de Medicina de tipo diferente pela sua formação, em que o aprendizado real e prático da matéria seria fornecido pelos auxiliares do ensino, livres docentes e assistentes, exercendo eles o verdadeiro papel para o qual foram criados.

E imaginem os eminentes amigos aqui presentes a grande satisfação dos membros do Capítulo Brasileiro do Colegio Internacional de Cirurgiões com a realização desse grande feito, pois não é exatamente esta a meta que almejamos, a do aprimoramento de nossos conhecimentos na cirurgia que sómente uma verdadeira escola desse tipo foderia propiciar?

Já antevemos num futuro não muito remoto em nossas revistas científicas e na nossa propria de "The Journal of the International College of Surgeons", o seguinte:

Relativamente às nossas atividades, não obstante a nossa tenra idade, apenas um ano de existência, podemos nos ufanar do longo caminho já percorrido.

Os nossos sócios somam a 280, e o numero das Regionais 15, das quais 3 já estão perfeitamente instaladas: Bahia, Belo Horizonte e Ribeirão Preto. Doze já se acham em adiantado estágio de organização: as do Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Recife, Maceió,

Fortaleza, Vitória, Londrina, Arauári, Juiz de Fora, Santos e Campinas. Além do Capítulo Brasileiro com sede nesta Capital, possuindo já 80 sócios.

Temos ainda o grande prazer de comunicar que já estamos de posse de duas bolsas de estudo oferecidas pelo American Hospital de Chicago, e que o nosso eminentíssimo secretário geral permanente prof. Max Thorek, destinou aos membros do Capítulo Brasileiro.

Ainda mais, vamos realizar este ano, de 1 a 5 de agosto, na cidade de Buenos Aires, o nosso VII Congresso Internacional de Cirurgia.

A representação brasileira, pelas inscrições já recebidas, promete ser das mais numerosas e brilhantes. A cirurgia brasileira vai ser posta a prova, estamos certos que os nossos representantes saberão conquistar um lugar de honra nesse certame internacional.

Desejamos mais uma vez em nome do Capítulo Brasileiro do Colegio agradecer a hospitalidade fidalgia que a Santa Casa deu e continua a dar à nossa organização.

E a grande Imprensa, aqui tão brilhantemente representada, nesta festa de aniversário constitue ela, um elo, o traço de união entre o pensamento e a ação!

Sem ela, sem o seu bafejo, ouso afirmar, um grande numero de idéias morreriam no mescadouro não seriam siquer discutidas, quanto mais executadas!

Ai está portanto, senhores, o papel verdadeiro e importantíssimo, reservado à Imprensa. Ela deve, com o seu talento e a sua força, esclarecer a opinião pública em debate amplo e livre, e apaixonadamente no bom sentido de defender as boas causas".

**Instalação da regional de Ribeirão Preto** — O Capítulo Brasileiro do Colegio Internacional de Cirurgiões continua desenvolvendo uma atividade extraordinária na sua expansão em todo o território brasileiro, no magnífico trabalho do congraçamento dos cirurgiões patrícios.

A assembléia da instalação da Regional de Ribeirão Preto, no dia 29 de abril, caracterizou-se não só por seu aspecto imponente e grandioso como os antecedentes, mas pelo comparecimento de numerosos membros de outras Regionais, dando um cunho extraordinário de congraçamento de cirurgiões de localidades distintas, verdadeiro congresso médico.

A diretoria do Capítulo Brasileiro esteve representada pelos seus componentes: prof. Carlos Gama, presidente; dr. José Avelino Chaves, presidente eleito; dr. Euclio Branco Ribeiro, tesoureiro. Esteve também presente o Regente da Regional do Brasil Central, dr. Elpídio Viana Canabrava.

Na assembléia as atenções se polarizaram em torno do dr. Roberto Moreira que foi o paraninfo e pronunciou uma brilhante oração que agradou imensamente à numerosíssima assistência que encheu completamente o amplo salão do Clube Médico. Completaram a mesa s. revma. d. Manuel Delboux, bispo auxiliar de Ribeirão Preto, a diretora da Regional de Ribeirão Preto; dr. Luiz Tinoso Cabral, presidente; dr. Geraldo Avelino Amaral da Silva, vice-presidente; dr. Pedro Cerqueira Falcão, secretário-tesoureiro; sr. comandante da 4.a C. R., presidente da Câmara Municipal, presidente do Centro Médico de Ribeirão Preto, dr. Paulo Romeu, dr. Elpídio Viana Canabrava, Regente da Regional do Brasil Central, representante do Prefeito municipal, representante do comandante do 3.o B. C. e mais os drs. José Rebello Neto, Gabriel Botelho e Mário Ottobrini Costa.

O prof. Carlos Gama expôs em linhas gerais as finalidades do Colegio Internacional de Cirurgiões, a organização do Capítulo Brasileiro, o papel importante da Regional de Ribeirão Preto, e saudou o dr. Roberto Moreira, como patrono daquela Regional.

Feita a convocação dos membros do Colegio Internacional de Cirurgiões pelo secretário dr. Pedro Falcão, procedeu-se ao juramento dos 19 novos membros da-

quela Regional, e dos drs. José Maria Cabelo Campos, Emílio Athie e Rubens do Amaral Brito, de S. Paulo, que lá foram prestar homenagem aos colegas ribeiropolitanos.

São os seguintes os membros da Regional de Ribeirão Preto: dr. Luiz Tinoco Cabral, dr. Geraldo Avelino do Amaral da Silva, dr. Pedro Cerqueira Falcão, dr. Arnaldo Bacelar, Paulo Valente de Oliveira, Luiz Tarquínio de Assis Lopes, Henrique Barbosa Crosio, Angélo Rafael Caliento, Paulo Hoelz, Antônio Cesario de Lima Horta, Fabio dos Santos Musa, Ricardo Vespucci, Joaquim Aurelio Cardoso Filho, Avelino Alves Palma, Guerino Temporini, Antônio Vilela de Mendonça Uchôa, Eduardo do Amaral Lira, Alberto Leonel, Gaspar Orsolini e Georgides Gonçalves.

Foi empossada então a primeira diretoria da Regional de Ribeirão Preto. O dr. Roberto Moreira fez a entrega dos diplomas aos novos sócios e a seguir pronunciou uma apreciada e aplaudida oração que foi uma ode à cirurgia e aos dotes morais, cívicos, culturais dos cirurgiões.

A assembléia foi iniciada e encerrada ao som do Hino Nacional. Antes da sessão teve lugar um concorrido coquetel na sede do Centro Médico e depois o presidente da Regional, dr. Luiz Tinoco Cabral e sua exma. sra. d. Dulce Tinoco Cabral, ofereceram uma luzida recepção na qual foram apresentados por vários participantes numeros musicais e literários, prolongando-se até alta madrugada.

No dia 30 de abril no grande salão do Grande Hotel reuniram-se os cirurgiões e famílias em um almoço de confraternização oferecido pelos membros da Regional de Ribeirão Preto aos seus colegas de outras cidades.

Nessa ocasião, o dr. Pedro Falcão pronunciou o seguinte discurso:

Acontecimento marcante para a Medicina interiorana de S. Paulo constitue, sem dúvida, a Instalação da Regional de Ribeirão Preto do

Colégio Internacional de Cirurgiões, que congrega, neste ágape de confraternização, todos os elementos filiados a esta Instituição, ora presente em nossa cidade.

Ainda ecoam em nossos ouvidos as sentenças luminosas e as frases harmoniosas, lapidando pensamentos e conceitos admiráveis, do não menos admirável Paraninfo das solenidades de ontes à noite — verdadeiro titân da palavra — Dr. Roberto Moreira; o ritmo acelerado de nossos corações por influxo das iterativas emoções recebidas ainda perdura sob a influência da Instalação da Primeira Regional do Interior Brasileiro; os acordes de nosso glorioso hino nacional mesclados aquelas patéticas frases do solene juramento do Colégio Internacional de Cirurgiões ainda ressoam como a nos relembrar os propósitos afirmados no compromisso hipocrático “de fidelidade aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência”; e, sob esta impressão, melhor que este cirurgião com sua sensibilidade embotada pelas grandes emoções sofridas entre as quatro paredes de sua sala de operações, outrem vos diria com mais acerto e arte o que vai na alma dos cirurgiões desta Regional, neste instante.

Se já Avicenna — o maior filósofo do mundo maometano oriental, no século X — conceituando a medicina, em caráter científico-filosófico, a encarava sob aspecto teórico e prático, correspondendo à medicina-ciência e à medicina-arte, o que equivale à divisão das grandes famílias atuais de médicos e cirurgiões; não nos deve apoucar a nós militantes da cirurgia ressaibos das atitudes assumidas pelos mestres da Sorbonne, quando, pressentindo e antevedendo o futuro da Cirurgia, estatuiram o licenciamento dos barbeiros, mesmo analfabetos, para o exercício daquele mister, com o manifesto objetivo de deprimir aqueles médicos que já então se dedicavam à arte de curar, operando. Vale referida a passagem de Pedro Calmon: “Não é demais, quando se descreve a glória de uma profis-

são, ir buscar-lhe as origens humildes".

Mas, se a cirurgia humildemente nasceu na idade média, sombra da Sorbonne, como aludi aquele magnífico historiador patrício; ou, se suas primitivas origens remontam às priscas éras hipocráticas, como a Escola de Cós faz sentir em seus documentários; ou, se vão elas ainda mais além, aos egípcios ou aos babilônios; a rigor, a verdadeira Cirurgia, essa que sobre ser arte se estreita e se une cada vez mais à Ciência da Medicina, comemora seu 1.º Centenário neste instante, pois foi exatamente em meados do século passado que os americanos Long e Morton assinalaram o início da anestesia cirúrgica, assim nascendo, então, a verdadeira Cirurgia. Deste éste primeiro marco começaram as técnicas a desenvolver-se graças às habilidades e aos arrojos individuais dos cirurgiões da segunda metade do século passado, quando um segundo marco se alevantou, agora assinalado por aquele que "sem ser médico revolucionou a Medicina" e de quem Vallery-Radet assim falou: "Sua vida íntima não foi menos prodigiosa que sua obra, porque nele se reuniu tudo que enaltece o homem: a nobreza do carácter, o culto da verdade e de tudo que é grandioso e belo, o entusiasmo sempre nascente, a coragem moral sem desfalecimento, a audácia perante o risco, a piedade para com o sofrimento, bondade continuamente atuante, o amor apaixonado da Pátria, a fé no destino da humanidade" — Pasteur.

E assim armados, com a anestesia de par com a assepsia, marcharam os propagnadores da cirurgia de progresso em progresso, dilatando seu campo a tal ponto que as especializações cirúrgicas se impuseram, variadíssimas pela contingência da amplitude de seu âmbito, favorecidas pelos labores que os cérebros trabalharam e, até mesmo, ajudadas pelos infortúnios da humanidade, como se verificou com as duas grandes hecatombes mundiais — mananciais inegotáveis de ensinamentos e de experi-

mentos para a ciência da Cirurgia.

E assim, por todos os quadrantes da terra, os cirurgiões se multiplicaram, aprimorando técnicas, lutando contra a doença e a morte à mão armada, até que o terceiro grande marco da Cirurgia — ainda desta vez erguido em sua história pelo talento e pelo ardor, pela observação e pelo estudo de outro nome inolvidável: Flemming, o descobridor da penicilina — estabeleceu os limites de nossa era cirúrgica, a era dos antibióticos a serviço da medicina, permitindo assim os progressos admiráveis da cirurgia de nossos dias em todos os territórios, desde o mais nobre dos tecidos, com a neuro-cirurgia a operar prodígios mesmo no campo do psíquico, indo à cirurgia da própria dor; passando àquela outra vascular, sem distinguir nem respeitar veias e artérias de todos os calibres, indo até à própria cirurgia do coração; e, para não miudear exemplos, chegando com a oftalmologia aos enxertos de tecidos como a própria córnea, restituindo a felicidade de viver aos cegos que, embora vivos, se sepultavam nas trevas do tempo; e à otologia, alcançando o tratamento cirúrgico da surdez, por intervenção no próprio labirinto. E a história maravilhosa da cirurgia chega a nossos dias, com nomes sem conta, todos aureolados pela glória das missões cumpridas, nomes estelares que vão sendo gravados em páginas de ouro e a quem a posteridade renderá sempre o tributo de suas benemerências.

E o Colégio Internacional de Cirurgiões, fundado em Genebra, naquela Suíssa admirável, por médicos que se acostumaram a ver e sentir em sua cidade — berço de Jean Jacques Rousseau — a evocação de sua Universidade remontando à época de Calvino, seu fundador, o asilo permanente de reis sem trono e príncipes repudiados por seus povos, a terra fértil da liberdade e da independência, onde floresceu uma Cruz Vermelha Internacional e onde medrou uma Sociedade das Nações; por médicos que sentem espelhar nas águas

tranquilas do lago Leman uma felicidade que deve ser Bem comum, e que se acostumaram a ver e sentir nos picos altaneiros que a circundam, sobretudo naquele eternamente nevado Monte Branco, magestoso e solene sempre a sua vista, a grandeza da natureza e sua aproximação das coisas que sobem aos céus a apontar a Deus, bondade e docura — dizia, o Colégio Internacional de Cirurgiões, por isso mesmo, trouxe em seus estatutos e em seus juramentos as influências de todos esses elementos e, assim, estabeleceu que sua organização de âmbito internacional não se restrinha às injunções de mera aperfeiçoadora de dotes técnicos, ou aprimoradora duma cirurgia inanimada, mas estatuiu normas de moral, da mais elevada e sublime, princípios de confraternização dos homens, sem deixar que as línguas ou as raças se antepoem aos anseios de sua expansão dominadora, como também ditou regras de intransigência para os maus elementos que alberguem, ocultos em seu íntimo, os germens daninhos da maldade, da perfídia ou da desonestade.

Crêde-nos, companheiros, louvaram-se aqueles fundadores na figura ímpar de Hipócrates quando, ao Sátrapa enviado por Artaxerxes rei dos Persas, rogando sua presença para dominar grave epidemia que dizimava seus exércitos, respondeu "que sua honra o inhibia de socorrer os inimigos de sua Pátria" e, ao mesmo tempo que assim falava, todo energia e força, clamava após fazer seu juramento tão nosso conhecido: "se eu cumprir este juramento com fielidade, goze eu a minha vida e minha arte com boa reputação entre os homens e para sempre. Se dêle me afastar, suceda-me o contrário".

Conclamaram aqueles cirurgiões fundadores seus companheiros de todo o mundo para se congregarem num Colégio, como diz seu significado, reunindo-se numa corporação com igual dignidade para todos seus membros, tornando-os notáveis em sua mesma categoria.

A responsabilidade de uma filiação, como essa que nos foi outorgada, implica pois, de acordo com todos os compromissos assumidos, em pugnar pelo progresso técnico da cirurgia, na medida de nossas forças e de nossa capacidade realizadora; ampliar, tanto quanto possível, os conhecimentos básicos da medicina, não nos deixando empolgar pelo aprofundamento especializado unilateral a ponto de perder a capacidade de síntese e análise que deve prevalecer perante o conceito unicista da natureza humana; sublimar nossa ética profissional, sentindo no Bem praticado, com elevação de espírito, o desempenho duma missão que é divina — sedare dolorem; e, mesmo que a gratidão e o reconhecimento humanos sejam inévitáveis, filosofar, sempre, com Múcio Teixeira:

"Se soubessem os maus que é ideal  
O bem que a gente sente em fazer bem,  
Não havia no mundo mais ninguém  
Que, mesmo sendo mau, fizesse mal".

Mas, perdoai-me amigos e colegas, Senhoras e Autoridades; o prazer de divagar sobre aquilo que reputamos o Belo em Medicina obnubilou-nos o verdadeiro adjetivo de nossa presença aqui: agradecer, em nome da Regional de Ribeirão Preto, toda a colaboração à solenidade de nossa instalação, quer, com suas honrosas presenças, quer com o apóio moral e grande conforto espiritual, ajudando-nos, animando-nos e permitindo o congregarmo-nos em torno desta mesa comum, onde saudamos a todos os presentes e, de modo especial e carinhoso, a nosso emérito paraninfo Dr. Roberto Moreira e aos presidentes efetivo e eleito do Capítulo Brasileiro Prof. Carlos Gama e Dr. Avelino Chaves, elevando nossos pensamentos pelo Bem e pelo Progresso de todos os membros do Colégio Internacional de Cirurgiões.

Depois usou da palavra em nome da Diretoria do Capítulo, o presidente eleito dr. Avelino Chaves, que proferiu a seguinte oração:

O Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões não poderia ser mais feliz, sinão escolhendo a moldura da maravilhosa paisagem desta belíssima cidade de Ribeirão Preto, para nela fundar a primeira Regional do Capítulo Brasileiro, de uma das maiores Instituições culturais, existentes no mundo, tirando-a portanto do seu injustificável isolamento, para coloca-la em íntimo contacto espiritual, com 54 nações civilizadas, pois tantas são aquelas em que se acha espalhada a grande família dos cirurgiões, membros do Colégio.

E' que nenhuma outra cidade do Estado, pela beleza do seu conjunto, pela exuberância de sua riqueza, pela fertilidade do seu solo, pela tradição desbravadora dos seus primeiros bandeirantes, e sobretudo, pela cultura das suas elites sociais, apresentaria mais legítimas credenciais, para ser a depositária desta Regional, destinada ao mais brilhante futuro, e que estou certo, há de dar a mais eficiente cooperação ao Capítulo Brasileiro, concorrendo assim para a grandeza de nossa pátria.

O Capítulo Brasileiro, fundado há menos de um ano, em São Paulo, tem naturalmente uma história curta, mas pontilhada de lances obscuros, graças à primeira e fracassada tentativa da sua existência no Brasil.

Este fato de âmbito internacional, por certo muito prejudicou os créditos do País, que então foi alvo de severas críticas articuladas pelos altos dirigentes da prestigiosa entidade.

O fato foi notório, e ocorreu durante o 13.º Congresso Nacional do Capítulo Americano, reunido em São Luiz, Estado de Missouri, onde havia apenas um representante do Brasil.

Como podeis bem imaginar, e como talvez já tenhais sentido, que é fora das balisas da Pátria, que experimentamos com mais rigor a

exaltação da sensibilidade patriótica do coração.

Foi portanto este sentimento, que principalmente atuou no meu espírito, levando-me a hipotecar o meu esforço, para a execução de uma obra que estava muito além de minhas possibilidades, afim de atender ao veemente apelo, dos altos dirigentes do Colégio, para a fundação do Capítulo Brasileiro, em São Paulo, reabilitando assim os créditos do Brasil.

Fundado em Genebra, em 1935, por um grupo idealista de notáveis cirurgiões europeus e americanos, o Colégio, graças aos seus princípios democráticos e elevados intuições educacionais, da seleção da classe e agrupamento dos cirurgiões de todas as pátrias, em uma só família espiritual, o Colégio desenvolveu-se tanto nos Estados Unidos, que logo foi incorporado ao Distrito de Columbia, em Washington, e depois transferido para Chicago, onde se estabeleceu a sua sede definitiva, graças ao gênio organizador do Prof. Max Thorek, seu secretário Geral e grande animador.

Compreendi então, que no Brasil havia uma ampla lacuna e se preencher.

“Mas não se edifica sem o fundamento apropriado à grandeza do edifício”. A razão, grande construtora de todo edifício intelectual, na sua encantadora e surpreendente beleza, só o fará, com estabilidade, partindo de uma base sólida e imutável.

Esta base foi encontrada na ampla compreensão e entusiasmo dos cirurgiões brasileiros, que imediatamente hipotecaram todo o seu apoio à ideia nascente, numa ampla manifestação de entusiasmo, na primeira Sessão histórica de instalação, em que se inscreveram 34 sócio fundadores, entre os mais credenciados cirurgiões da Capital.

Isto foi em 30 de maio de 1949.

Eis ai em rápidas palavras, como e porque foi lançada em terreno fértil, a primeira semente do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, com sede em São Paulo.

E hoje na instalação desta Regional, já podemos fazer em público, o balanço do que fomos e do que somos hoje, com um ativo de 15 Regionais organizadas, espalhadas pelo Brasil inteiro, e mais de 250 associados.

Dai decorrem pois o seu prestígio e grande autoridade, na árdua tarefa que há muito se impôz, de estimular o entusiasmo, coordenando os elementos mais capazes, cristalizando assim, como em um cadinho, os autênticos valores da cirurgia nacional.

Os países não podem viver nem evoluir, sinônimo pela abulico da matéria e dinâmica do pensamento.

Portanto laboriosa pode ser uma nação, empreendedora no comércio, engenhosa na indústria, fecunda nas artes, valedora das profissões liberais, mas si é uma organização social de cultura mesquinha, renuncie à supremacia científica, porque esta é o apanágio das raças ilustradas, e uma conquista da supremacia espiritual.

O Colégio concretiza pois no Brasil, esta aspiração sublime, porque é elle o verdadeiro apanágio das raças ilustradas e uma legítima conquista desta supremacia espiritual, no domínio da cirurgia nacional.

A patologia sacudindo estranhas influências, está longe de contentar-se com a simples e pura enumeração dos fenômenos aparentes, e pretende realizar a fórmula indicativa das relações estabelecidas entre a expressão sintomática e as alterações orgânicas.

Quando já rasgado em parte o véu que as encobria, remonta a sua manifestação inicial, prosseguindo no exame das degenerações do organismo, até o ponto em que é possível a análise do entendimento.

A ciência, como a vida só respeita e prospera, ao ritmo da liberdade. Foi nas mãos de Péricles, à sombra da liberdade do seu governo, que a civilização grega subiu a um explendor que maravilha.

A vida, no entretanto, ainda que participando do imutável, pois no

dizer de Platão: "Deus não querendo fazer o mundo eterno, o enformou no tempo, — imagem mo-vediça da eternidade", a vida é pródiga de surpresa e rica de contrastes, por isto que é constituída de movimentos sucessivos e de bruscas transformações.

Impulsionada pelo instinto de conservação, manifestado pelo homem, desde o inicio da criação, e manipulada pelo gênio creador de seu fundador, a medicina estacou por vários séculos, porque lhe faltava a base anatômica, para se equilibrar no panorama científico das outras ciências abstratas.

E nenhuma outra ciência, como a anatomia, exerceu tendências tão contraditórias, no espírito dos investigadores, dos abismos secretos do corpo e da vida do homem.

Si de um lado elle atrae, pelo desejo incontido de conhecer as maravilhas do organismo, por outro repele, pelo horror de manejá com a morte, no recinto dos anfiteatros.

Além disto o caracter inviolável do corpo humano, mesmo depois da morte; a proibição da Igreja e do Estado, as sanções que pesavam sobre os mais ousados, eram outros tantos obstáculos ao seu progresso, a tal ponto que Leonardo Da Vinci que foi profundo cultor da anatomia, precisava furtar cadáveres, nas caladas da noite, no Cemitério de Florença, enfrentando assim severas sanções impostas pelas leis do tempo. Tal era o aspecto sobre o qual ela se apresenta àqueles que entreambrem as portas do templo, para se iniciarem nos princípios da divina arte de curar.

Mas eram tão necessários os conhecimentos anatômicos, para o progresso de fisiologia, da medicina e da cirurgia, e tendo encontrado em todos os tempos tão apaixonados cultores, que ela acabou triunfando.

No século XVIII predominou a escola de Leyde, com Boerhaave, e depois com Albinus seu sucessor, dotado de grande sagacidade e de olhar tão penetrante, que foi considerado o modelo dos observadores.

Sandyfort veio depois dele, e era um espírito da mesma tempera. Todos três cultivaram a anatomia que se enriqueceu então de grande número de descobertas.

Veio em seguida Heller da escola alemã, que associou o estudo da anatomia àquele de fisiologia, dando a primeira por base da segunda e elevou assim a uma e a outra, um monumento imperescível.

Na Itália brilhou Morgani, que nos deixou sobre a patologia e anatomia dois monumentos não menos duradouros.

Na França, Bichat nos deu suas investigações sobre a vida e a morte, seu tratado das membranas, seu tratado de anatomia geral.

Entre tantos homens de gênio foram estes, alguns dos iluminados construtores do majestoso edifício das ciências médico-cirúrgicas.

Mas estava reservado ao século XIX, o aparecimento do maior deles, Pasteur, o maior gênio criador de todos os tempos, que deveria fundir em ouro do mais fino quilate, a cúpula do templo sagrado da medicina, criando a bacteriologia, que como um facho de luz, iluminou as veredas incertas da patologia, da clínica e da cirurgia, prolongando assim a vida da humanidade.

Para o homem da rua, Pasteur era o vencedor da raiva, doença evolutiva e atroz. A vítima sabia-se condenada, sabia que ia morrer entre acessos de furor e convulsões espantosas, expelindo pela boca uma baba viscosa e imunda.

Conta-se a história daquele robusto ferreiro mordido por um cão hidrófobo, que se despediu da família, amarrou-se a sua bigorna e morreu como uma fera prisioneira!

Mas naquela hora torva da história da medicina, não era apenas à raiva que a pobre humanidade pagava um pesado tributo de luto, de lágrimas e de dôres.

Havia uma outra moléstia que durante séculos apavorou o mundo, humilhando os sábios, e tecendo uma corda de espinhos à mu-

lher, durante a mais nobre e mais santa das suas funções na terra — a maternidade.

Já advinhas que quero me referir à infecção puerperal, cuja mortalidade, as estatísticas da idade média e do século XIX que chegaram até nós, publicadas por Bar, se elevava a 45 por cento, transformando portanto esta função sublime em verdadeiro ato de heróismo, praticado pela mulher.

Em 1869 começa uma era nova, os métodos de Lister entravam em prática, tinha nascido a bacteriologia; Cose e Feltz de Strasburg, armados de microscópios ainda rudimentares surprenderam no sangue de mulheres infectadas, um micrício em forma de rosário, ou cadeia; e em 1879 finalmente Pasteur isola e cultiva o "estreptococo piógenes", pondo em evidência de forma irrefutável a natureza micrônica, da febre puerperal.

Vieram depois outras etapas valentes com a terapêutica do grande mal, até chegarmos à época lúmiosa dos antibióticos, que praticamente riscaram da face da terra, a triste nodoa, que durante séculos humilhou a medicina, sacrificando a mais sublime função da mulher na terra — a maternidade.

Mas agora, perdoae-me, si descí até à vulgaridade, dizendo coisas e repetindo histórias que estais cançados de saber.

Mas falando a uma Assembléia de médicos, não poderia logicamente falar de outra cousa, sinão de medicina e do Colégio International de Cirurgiões, cuja Regional de Ribeirão Preto, fundada com tão belos auspícios, em nome do Capítulo Brasileiro, entrego em vossas mãos.

Zelai por ela, pondo em prática os seus postulados, porque ela de fato constitue o maior índice de cultura desta belíssima cidade.

Dentro de vossas atividades, servi à cirurgia, obedecendo aos seus preceitos consubstanciados no solene juramento que hontem fizestes.

Cultuai escrupulosamente a moral, honrai a vossa consciência, es-

cutando a cada instante a voz admoestadora.

Quem assim vive não arreda jamais da estrada do dever.

E o dever cumprido eleva o homem, enobrece-o aos seus próprios olhos, tornando-o mais digno do seu eterno destino.

## Cruz Vermelha de São Paulo

**Hospital para Crianças Tuberculosas** — Nos locais destinados às organizações hospitalares da Cruz Vermelha de São Paulo, sob o patrocínio do Rotary Club de São Paulo, no dia 24 de maio foi lançada a pedra fundamental do Hospital para Crianças Tuberculosas.

Ao iniciar a cerimônia em que tomaram parte, em grande número, autoridades, médicos, senhoras e pessoas gradas, o dr. José Erminio de Moraes, presidente do Rotary, pronunciou as seguintes palavras:

O Rotary Club de São Paulo sente-se profundamente orgulhoso de assistir neste momento à realização da cerimônia do lançamento da pedra fundamental do Hospital para Crianças Tuberculosas, que integrará o conjunto de realizações da Cruz Vermelha Brasileira, essa grande organização que vem se esforçando ingentemente afim de proporcionar todas as facilidades que possam concorrer para minorar o sofrimento dos que padecem fisicamente sob todas as diferentes formas.

"Desejamos prevalecer-nos desta ocasião muito propícia para salientar o benefício que elementos particulares ou organizações dirigidas podem prestar à humanidade quando imbuidos dos sãos princípios cristãos e compreensão nítida das necessidades que avassalam o elemento humano. A vida cotidiana nos apresenta imensos quadros de desoiação, de lutas, decepções e sofrimentos, e por isso são dignas da maior relevância, obras como esta, em que o sentimento de amor ao próximo se manifesta livremente, fazendo fundar-se hoje e amanhã tomar forma um edifício destinado a agasalhar as criancinhas doentes e dardes o carinho, o conforto e a cura para o seu físico débil. Vemos nes-

ta obra como pequenas parcelas de trabalho mutuo e auxilio conjunto podem conduzir à formação d um marco de realidades altamente benéficas, proclamando esta grande verdade, que o altruísmo vence o império do egoísmo.

"Ao falarmos nesta hora de regozijo não podemos deixar passar despercebido o nome do nosso grande amigo, José Ferraz de Camargo, que muito liberalmente deu o seu concurso financeiro, tornando possível apressar esta obra da maneira mais útil e eficiente, merecendo todos os encomios e os nossos maiores agradecimentos.

"Desejando, pois, que o hospital ora iniciado, altaneiro e sublime, em seu porte e em suas funções, seja um símbolo de grandeza e de fraternidade, é com júbilo que o Rotary Club de São Paulo congratula-se com todos aqueles que contribuiram de qualquer maneira para concretizar esta obra meritória de dedicação e trabalho em favor do próximo!"

A seguir, usou da palavra o dr. Alencar de Carvalho, que, em impressionante preleção, baseada em dados estatísticos, soube salientar o significado do Hospital para Crianças Tuberculosas, destinado ao exame de todas as crianças, qualquer que seja o seu estado de saúde, bem assim ao tratamento das que forem suspeitas ou atingidas.

Terminou a cerimônia com a oração do dr. Francisco Patti, presidente da Cruz Vermelha, dizendo que não só aceitava a generosa oferta do novo pavilhão, como uma grande benemerência dos seus doadores, como ainda considerava a uma homenagem à sua diretoria porquanto significava pôr ao seu alcance uma arma formidável no combate ao mais terrível flagelo da população brasileira.

## Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

**Posse da nova Diretoria** — Realizou-se no dia 9 de maio, às 21 horas, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia, à rua do Carmo 54, a sessão solene de posse da nova diretoria da Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo.

Nessa solenidade, o dr. Plínio de Toledo Piza apresentou o relatório da sua gestão como presidente da

Sociedade durante o ano social que ora se encerra e fez entrega dos premios "Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo" e "Presidente da Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo".

seguir, foi empossada a nova diretoria, usando da palavra o dr. Moacir Cunha, eleito presidente para o ano social 1950-1951.

## Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Premio "Affonso Bovero"** — O Premio Prof. Affonso Bovero de 1949, instituído pela Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, para ser conferido ao melhor trabalho de Anatomia realizado em qualquer ponto do Brasil, teve como vencedor o dr. Liberato João Affonso Di Dio, assistente da cadeira de Anatomia Descriptiva e Topográfica, dirigida pelo Prof. Renato Locchi.

O trabalho premiado constituiu a tese de doutoramento do referido candidato, tendo sido aprovada com distinção-grau 10, pela Banca Examinadora integrada pelos Profs. Renato Locchi, Eurico da Silva Bastos, Max de Barros Erhart e pelos Livre-docentes Constantino Mignone e Olavo Marcondes Caldas. A tese é intitulada "Estudo anatômico de particularidades normais e patológicas da superfície interna da veia ilíaca comum esquerda; adesões, septos e valvulas". A pesquisa foi realizada com

estudo macro e microscópico de formações congénitas e adquiridas que ocorrem no denominado "segmento terminal" da veia ilíaca comum esquerda, trazendo subsídios para a anatomia do sistema venoso.

O dr. Liberato João Affonso Di Dio é laureado pela segunda vez com o Premio Prof. Affonso Bovero, pois já o conseguiu em 1941, quando era segundo-anista da Faculdade de Medicina, com o trabalho "Observações sobre o tuberculo orbital de Whitnall no osso zigomático do homem (com pesquisas no vivo)". A Comissão Julgadora foi, então, constituída pelos profs. Carmo Lordy, Max de Barros Erhart e Odorico Machado de Souza. Nessa época, este premio era conferido, pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz, ao melhor trabalho feito por estudante, nas cadeiras de Anatomia, Histologia e Embriologia.



## Necrológio

**Vital Brazil** — Com a morte de Vital Brazil, ocorrida em maio último, perdeu o Brasil um dos seus grandes filhos. Vital Brazil, que foi um dos fundadores de "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", tem seu nome intimamente ligado à vida do Instituto Butantan.

Eis como "O Estado de S. Paulo" recorda as atividades de Vital Brazil:

"Lutz com o decisivo apoio do governo de Fernando Prestes, encarregou seu assistente Vital Brazil de montar, no então longínquo bairro de Butantã, um laboratório destinado, primeiro, ao preparo da vacina (e, depois, do soro) contra a peste bubônica que grassava aterradora, em Santos. E Vital não só se desempenhou a contento desse cometimento, mas tratou, sem demora, de desenvolver pesquisas sobre venenos de nossas serpentes. Ao cabo das primeiras investigações nesse terreno, passou élé à fase de aplicação, como espírito prático que era, conseguindo, dentro de algum tempo, confirmar, em larga escala, as verificações feitas na França, por A. Calmette e C. Phisalix, sobre a possibilidade de imunizarem animais contra as peçonhas ofídicas e sobre a aplicabilidade do soro desses animais no tratamento das picadas de serpentes.

Adiantando-se aos estudos desses e de outros precursores, chegou Vital Brazil a provar que, ao contrário dos postulados de Calmette atinentes à generalização do emprego do antiveneno ofídico contra quaisquer tipos de empeçonhamento, existia estreita especificidade entre o tóxico e o soro. E essa prova élé a iria repetir, seja em 1917, quando, desenvolvendo os estudos feitos em 1906 no Egito por C. Todd, conseguiu preparar um soro específico contra o veneno do escorpião mais comum em nosso meio, seja em 1925, quando, à maneira de pioneiro, alcançou completo êxito no fabricar os pri-

meiros antivenenos contra aranhas verdadeiras.

A Vital Brazil devem-se igualmente os processos, ainda hoje utilizados, de doseamento da toxicidade dos venenos e da atividade dos antivenenos correspondentes mediante injeção intravenosa em pombos. Deve-se-lhe sobretudo a fundação do nosso primeiro instituto científico em Butantã, o qual, em 1918, quando Vital se aposentou para ir organizar um laboratório particular no Estado do Rio, possuia as secções de Soroterapia e Vacinoterapia, Parasitologia e Zoologia Médica, Botânica e Horto Oswaldo Cruz, Opoterapia, além do tradicional Departamento de Ofiologia, que então já estava sob a direção de João Florencio, seu principal discípulo e continuador da obra.

Além de ter sido o primeiro cientista a preparar soros antipecunhentos no Novo Mundo, ainda coube a Vital Brazil a iniciativa de purificar, por processos físico-químicos, o plasma equino, para torná-lo menos tóxico e mais concentrado para uso humano, sendo disso igualmente o pioneiro na América Latina.

Vital Brazil publicou numerosíssimas teses sobre a especialidade de que foi verdadeiro precursor. A elas tem de recorrer quem quer que deseje estudar a fundo a matéria, assim como quem pretenda historiar a evolução científica de São Paulo e do Brasil. Em mais de meio século de atividade, seu nome brilha com singular relevo, inscrevendo-se entre os dos maiores brasileiros de nosso tempo.

Vital Brazil Mineiro da Campânia nasceu na cidade de Campânia, Estado de Minas Gerais, em 1865.

Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1891, especializou-se em Paris em trabalhos de laboratório. Voltando ao Brasil, foi nomeado inspetor da Saúde Pública no Estado de São

Paulo, lugar que deixou para se tornar diretor do Instituto Soroterápico, que acabara de fundar nesta Capital, ao qual serviu até 1918, quando se aposentou.

Transferindo sua residência para Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, fundou ali um instituto, que tomou o seu nome e que realiza pesquisas científicas.

Ultimamente, o ilustre cientista, que pertencia à Academia Brasileira de Medicina, fixou residência na Capital Federal, à Praia do Flamengo n. 85, onde ocorreu o seu falecimento.

**Dr. Paulo Monteiro de Barros Marrey** — A classe médica de São Paulo perdeu no dia 18 de maio, nesta Capital, repentinamente, o dr. Paulo Monteiro de Barros Marrey, diplomado pelas faculdades de Farmacia de São Paulo e Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, em 1920. Filho de uma das famílias mais distintas de Minas Gerais, muito jovem veio para São Paulo, onde fez o seu curso de humanidades, radicando-se entre nós. Exerceu os cargos de assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Instituto Butantan, durante vários anos, trabalhando a maior parte do tempo sob a orientação do pranteado e grande cientista patrio, Vital Brazil, há pouco desaparecido, posto em que prestou os mais assinalados serviços àquele Estabelecimento.

Profissional culto, de sólido preparo, foi um dos mais insigne bacteriologista da Casa que Vital Brazil fundou, desenvolveu e engrandeceu com o seu fecundo saber. Conhecedor abalizado de assuntos de imunologia, principalmente, sôros e vacinas, cooperou eficientemente naquele modelo Estabelecimento Técnico do Estado no preparo desses medicamentos, hoje tão indispensáveis à Medicina.

Era tão rigoroso no cumprimento do dever que, durante o período revolucionário de 1924, naqueles dias sombrios por que passou a nossa Capital, presa de continuados bombardeios, sem que faltasse um só dia, dirigia-se a Butantan para trabalhar, afim de a sua população, já tão martirizada, não ficar privada dos produtos sob a sua responsabilidade. Muitas e muitas vezes fazia o trajeto do largo de Pinheiros a Butantan, a pé, por falta de condução, devido à anormalidade da situação do momento. Certa ocasião a nossa Capital foi tomada de intenso surto de febre tifóide, e, Vital Brazil, desejando preparar uma vacina de fácil aplicação e de resultados eficazes na imunização da população de São Paulo, encarregou o dr. Paulo Marrey de estudar o problema e resolve-lo, o que conseguiu com proficiência, surgindo, então, em nosso meio, pela primeira vez, a vacina anti-tifóica por via bucal.

O grande Vital Brazil, em recomendação aos méritos do seu assistente, em 1925, solicitou ao governo de São Paulo que o comissionasse junto ao Instituto Pasteur de Paris, onde, no decurso de um ano, frequentou os cursos que ali se realizavam, dedicando-se, principalmente, ao estudo dos sôros anti-gangrenosos, de que era grande conhecedor, para cujo preparo trouxera da Europa o material adequado.

Ainda, da mesma ocasião, em viagem de estudos, percorreu a Bélgica, a Alemanha e Inglaterra. Também, representando o Instituto Butantan, estivera na República Argentina no congresso interno de moléstias tropicais, realizado na cidade de Jujuy, Capital da província do mesmo nome, em 1928.

Ultimamente, o dr. Paulo Monteiro de Barros Marrey exercia as funções de consultor técnico, em assuntos de alimentação pública.

*Concorra para o crescimento normal de seu filhinho, deixando-o correr e brincar um pouco, no intervalo de cada hora de estudo. — SNES.*

## CONGRESSOS MÉDICOS

### VIII Congresso Brasileiro de Higiene

**Sua realização em Recife** — Deverá ter lugar na cidade de Recife, em meados de agosto, sob os auspícios da Sociedade Brasileira de Higiene, o VIII Congresso Brasileiro de Higiene.

Os temas oficiais serão os seguintes:

1.º Organização — a) Atribuição dos Serviços Federais, Estaduais e locais. Atuação dos Serviços Especializados e face das funções das unidades sanitárias; b) Planejamento do Serviço de Enfermagem Hospitalar e de Saúde Pública.

2.º Epidemiologia e Profilaxia — a) Esquistosomose; b) Amebiase; 3.º Problema de abastecimento de água e remoção de dejetos em pequenas comunidades. 4.º Comunicações e conferências sobre assuntos de livre escolha, submetidos à aprovação do Conselho Executivo.

Os trabalhos deverão conter conclusões e serão apresentados em 3 vias, datilografados em papel tamanho ofício, com espaço duplo, tendo no máximo 10 páginas.

Os trabalhos deverão ser entregues à secretaria da Sociedade Brasileira de Higiene ou dirigidos à Secretaria Geral do Congresso — Departamento de Saúde Pública, Recife — até o dia 31 de julho de 1950, sendo que, trabalhos mimeografados ou impressos poderão ser recebidos até 6 dias antes do início do congresso, desde que em 200 cópias.

Os itens livres serão submetidos ao Conselho Executivo para seleção, tendo preferência os diretamente relacionados com os problemas de Saúde Pública.

Toda a correspondência deverá ser dirigida para: Secretário Geral do VIII Congresso Brasileiro de Higiene — Departamento de Saúde Pública — Recife, Pernambuco ou Sociedade Brasileira de Higiene, rua Santa Luzia n. 732, 8.º andar — sala 808, Edifício Aristides Casado — Rio de Janeiro ou por intermédio do prof. Francisco Borges Vieira — Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Caixa Postal, 99-B — São Paulo.

### VI Jornadas Brasileiras de Oftalmologia

**Sua realização em São Paulo** — Sob os auspícios do Centro de Estudos de Oftalmologia e com a colaboração das seguintes: Sociedade Brasileira de Oftalmologia, gia da Associação Baiana de Medicina, Sociedade de Otorrinolaringologia e Oftalmologia do Rio Grande do Sul, Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, Sociedade de Oftalmologia de Pernambuco e Associação Médica do Instituto Peñidor Burnier, serão realizadas em São Paulo, de 2 a 7 de Setembro próximo, as VI Jornadas Brasileiras de Oftalmologia.

Serão nesta ocasião, debatidos temas livres e os seguintes temas

oficiais: Estudo sobre midriáticos e cicloplegicos, Conceito de cegueira, Considerações sobre retinose pigmentar, Endocrinologia e oftalmologia e Índice de Kestenbaum nas atrofias óticas.

Durante as jornadas, serão apresentadas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, que também patrocinará estas reuniões, uma exposição de material propedéutico, de material de ensino de oftalmologia, bem como farta documentação científica.

As inscrições de trabalhos serão aceitas no Centro de Estudos de Oftalmologia, rua Condessa de São Joaquim, 288, São Paulo.

## Congresso da Sociedade Internacional de Angiologia

**Sua realização em Paris** — A primeira reunião da Sociedade Internacional de Angiologia, será realizada em Paris, no dia 4 de setembro de 1950, no Colegio de Francia (Plaza Berthelot). Essa Sociedade, organizada recentemente, está constituída da seguinte Diretoria:

Presidente — Dr. René Leriche (Paris).

Vice Presidente — Drs. Emile Holman (San Francisco), Alexander Boyd (Manchester) e Fernando Martorelli (Barcelona).

Secretário — Dr. Henry Haimovici (New York).

Toda correspondência referente a essa Sociedade deverá ser dirigida ao Dr. Henry Haimovici, secretário, 1148 Fifth Avenue, New York 28 N. Y. — Estados Unidos.

## II Congresso Europeu das Associações Nacionais de Gastroenterologia

**Sua realização em Madrid** — Realizou-se em Madrid, de 3 a 7 de maio de 1950, o II Congresso Europeu das Associações Nacionais de Gastroenterologia. Concorram a este Congresso 337 gastroenterólogos, cuja classificação por países, por ordem numérica é a seguinte: Espanha, 180; França, 59; Bélgica, 29; Itália, 20; Suíça, 13; Portugal, 11; Holanda, 7; Argentina, 4; Alemanha, 3; Áustria, 3;

Brasil, 2; Inglaterra, 2; Estados Unidos, 1; Filipinas, 1 e Rumania, 1. O tema oficial do congresso foi "Enfermidades das vias biliares excepto a litíase e o câncer". O próximo congresso a ser realizado em 1952 terá a sua sede na Itália, tendo sido escolhido, por maioria de votos, os seguintes temas: — "Enfermidades do pâncreas" e "Problemas clínicos da obstipação".

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Penicilina-resistência

**Um exemplo** — A dra. Eliane Gonçalves registrou o seguinte caso de penicilina-resistência:

**Identificação:** — E. B., sexo feminino, 31 anos. Leucoderma. Casada. Paraibana. Residente em Apipucos, Recife.

**H. D. A.:** — Diz há 10 dias se lhe apresentaram micções frequentes e dolorosas, com corrimento vaginal amarelado, febre 38°, cefaléa e edema, como dor aguda na articulação escapulo-humeral di-

reita, impedindo-lhe os movimentos. Suspeitando tratar-se de gonorreia, pois andava a desconfiar do próprio esposo como portador, fez uso de 600 mil unidades de penicilina. Apenas a febre desapareceu. Os outros sintomas continuaram e dai haver procurado os nossos serviços.

**Exames:** — Aparelho circulatório: 90 b.p., bulhas normais. T. A. 11/8. Exame do abdome: A palpação-dor em ambos os quadrantes inferiores do abdome. Exame

da região vulvar: Meato uretral avermelhado e entreaberto, inflamação vulvar colo granuloso e inflamado. Uma secreção purulenta banhava este conjunto.

**Ossos e articulações:** Articulação escapulo-humeral direita edemaciada e imobilizada pela dor que se fazia sentir ao menor movimento.

Colhido o material e corado ao gran, verificamos a presença do gonococo.

**Tratamento:** — Foi indicado, afora os cuidados gerais repouso, alimentação, afastamento de relações sexuais, a penicilinoterapia. Esta feita na dose de 300 mil unidades diárias, dada de uma só vez, em solvente veículo Franco Velez, durante 5 dias.

Após 15 dias, volta-nos a paciente, dizendo haver tomado 4 milhões e 500 mil unidades de penicilina e apresentando a mesma artrite, havendo melhorado, porém, do corrimento e dos sintomas locais.

Fizemos colheita de novo material e mandamos ao Dr. Murillo Guedes. Novamente constatada a presença do gonococo. Diante deste fato e da não existência de novos coito infectante, só poderíamos atribuir:

a) — inatividade da penicilina, que foi sempre a mesma, apesar de adquirida em varias fontes.

b) — gonorreia penicilino-resistente (?!).

Voltamo-nos, então, para as sulfas. Empregamos a Sulfametionin, do Praváz, Laboratórios S. A., na dose de 4 comprimidos durante 7 dias (14 grs. de sulfa).

Pudemos observar, após 19 dias (quando a paciente nos voltou):

a) — Não houve efeitos secundários. b) — Tolerância perfeita por parte da paciente, que havia apresentado urticaria rebelde durante a penicilinoterapia: c) — cura clínica-movimento perfeito por parte da articulação atingida, desaparecimento completo do corrimento vaginal.

Novamente colhido o material, por expressão das glandulas de Bartholin, do meato urinário e do colo uterino e entregue ao Dr. Murillo Guedes, foi verificada a inexistência do gonococos.

Mandamos a paciente embora, recomendando, porém, nos voltasse após as primeiras regras para a colheita de novo material.

Não fôram mais encontrados gonococos.

Recife, 21-6-1950.

## LITERATURA MÉDICA

### Apreciações

**Estudos Cirúrgicos** — 5.ª série — Eurico Branco Ribeiro — 1 vol. de 223 págs., São Paulo Editora, S. A. — 1949.

São da Revista Médica do Paraná, XIX, 52, janeiro-fevereiro de 1950, estes comentários:

Acaba de aparecer, e recebemos por gentileza do seu autor, o livro acima epigrafado.

Trata-se do quinto volume de uma série que o Dr. Eurico Branco Ribeiro vem publicando há alguns anos, compondo, como também tem sucedido das outras vezes, artigos avulsos, comentários, colabo-

rações a congressos regionais, nacionais e estrangeiros, comunicações a associações médicas, questões linguísticas e outras, na sua maioria já anteriormente publicadas em revistas do país.

No volume presente, cumpre-nos destacar o primeiro artigo, já nosso conhecido, relativo às comemorações da sua decima milesima operação, relato que muito bem retrata a considerável experiência técnica do autor até o ano de 1942, da qual poderá em futuro próximo e com casuística atualmente muito mais dilatada com tal ritmo de tra-

balho, chegar a conclusões de real interesse científico rara em nosso meio.

Os demais artigos trazem todos a marca inconfundível do autor: concisão, clareza e espírito de pesquisa em torno de novidades surgidas no campo de medicina e cirurgia, como seja o emprego da via arterial para administração de antibióticos no tratamento de processos inflamatórios das extremidades.

Muito embora aparentemente não haja um programa preestabelecido

que pareça estar orientando a sequencia dos artigos e desta forma se possa sentir a sua falta de continuidade mesmo na ordem cronológica, que não foi seguida, o livro vale pela variedade dos pontos que toca, sendo útil para o cirurgião que necessita de uma consulta rápida e segura sobre assunto bem explanado e principalmente calcado em dados técnicos exatos.

O volume é bem apresentado, impresso em papel couché, com clichés muito bons que tornam a sua leitura fácil e agradável.

## Separata e folhetos recebidos

**Profilaxia da schistosomose mansônica ao alcance dos municípios**  
— Dr. Sinral Lins — Separata do 1.º Congresso Médico do Brasil Central e 3.º do Triângulo Mineiro.

**Tratamento pré e post-operatório em proctologia** — Drs. Walter Gentile de Mello e Fernando de C. Gentil — Separata da Revista Brasileira de Cirurgia, maio 1949.

**La Disminucion en el número de recaídas de paludismo por medio del tratamiento con la quinina y la plasmoquina** — Dr. Charles W. F. Winckel — Cinchona Instituut — Amsterdam 1949.

**Further experiences with injured bile ducts** — Frank H. Lahey, M. D. — New England Journal of Medicine, 240: 161 - 168 (Feb. 3), 1949.

**Störungen der Ernährungstriebes** — Rudolf Schneider — Basel — 1947 — Zurich.

**Disturbios Gastrointestinais Psicogénicos** — Dr. Geraldo Siffert de Paula e Silva — Separata do Brasil Médico, ano LX, ns. 49 e 50 de 7 e 14 de dezembro e ns. 51 e 52 de 21 e 28 de dezembro de 1946.

**A proctologia como especialidade** — Dr. Walter Gentile de Mello — Separata da Rev. Brasileira de Cirurgia, maio 1949.

**Técnica da gastroduodenectomia parcial por úlcera gástrica ou duodenal** — Prof. Edmundo Vasconcelos — Separata dos Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, vol XII, n. 3, maio-junho 1949.

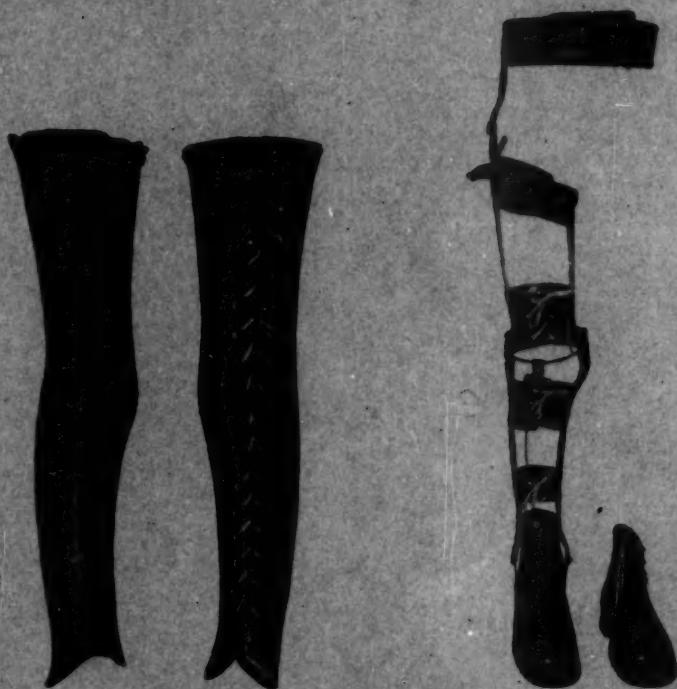
**Anterior pituitary growth preparations: The relationship between nitrogen storage and other criteria of activity** — Paul D. Bartlett e O. H. Gaebler. Endocrinology, vol. 43, n.º 5, november, 1948 pp. 329-335.

**The value of antibiotics in diabetic surgery** — M. J. Kuffel, M. D., L. N. Irvin, M. D., D. H. Hooker, M. D. e D. P. Foster, M. D. New England Journal of Medicine 239: 107-110 (July 22), 1948.

**Sobre la pretendida influencia de la tensión intratoracica y sus variaciones en la genesis evolución de las cavernas y el enfisema pulmonares** — Dr. Norberto González de Vega y Soto. Primer Premio Nacional de Tuberculosis en el Concurso de la Asociación Oficial de Tisiología (Curso 1936-1947) Madrid.

**Factors influencing retention of nitrogen and calcium in period of growth. VII — Effects of Methyl testosterone** — Joseph A. Johnston, M. D. — American Journal of Diseases of Children, July 1947, vol. 74 pp. 52-57.

# *Laboratórios Novotherápica S.A.* **SEÇÃO ORTOPÉDICA**



## **APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS APARELHAGEM TRAUMATOLOGICA E DE FISIOTERAPIA**

Oficinas aptas a executar qualquer pedido do ramo.

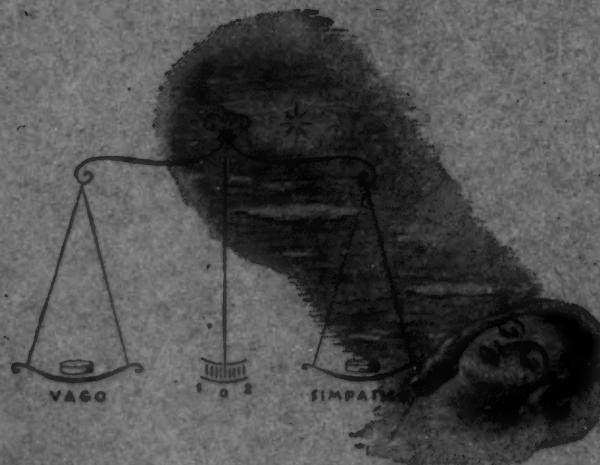
Máquinas importadas diretamente da Europa.

Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 3-2833 - CX. POSTAL, 384

**DISTONEX** 

para o



**Equilibrio vago-simpatico**

♦♦♦

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 378 - Telefone, 6-4572 - São Paulo